

**MANAJEMEN PELAYANAN KEPERAWATAN SPIRITUAL  
DI RUANG CAMAR RS BHAYANGKARA MAKASSAR**



**Tugas Akhir Ners**

**Oleh :**

ASRAN AMIR, S.Kep

70900120016

**UNIVERSITAS ISLAM NEGERI**  
**ALAUDDIN**  
**MAKASSAR**

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS ANGKATAN XVI**  
**FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN**  
**UIN ALAUDDIN MAKASSAR**  
**2021**

**MANAJEMEN PELAYANAN KEPERAWATAN SPIRITUAL  
DI RUANG CAMAR RS BHAYANGKARA MAKASSAR**



**Tugas Akhir Ners**

Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Memperoleh  
Gelar Ners Jurusan Keperawatan pada Fakultas  
Kedokteran dan Ilmu Kesehatan  
UIN Alauddin Makassar

**Oleh :**

ASRAN AMIR, S.Kep  
70900120016

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS ANGKATAN XVI  
FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN  
UIN ALAUDDIN MAKASSAR  
2021**

## PERNYATAAN KEASLIAN TUGAS AKHIR NERS

Mahasiswa yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Asran Amir, S.Kep  
NIM : 70900120016  
Tempat/ Tgl. Lahir : Sinjai, 20 Mei 1997  
Jurusan/Prodi/Konsentrasi : Keperawatan/Ners/Manajemen Keperawatan  
Fakultas : FKIK  
Alamat : Samata  
Judul : Manajemen pelayanan keperawatan spiritual di ruang Camar RS Bhayangkara

Menyatakan dengan sesungguhnya dan penuh kesadaran bahwa Tugas Akhir Ners ini benar adalah hasil karya sendiri. Jika di kemudian hari terbukti bahwa ia merupakan duplikat, tiruan, plagiat, atau dibuat oleh orang lain, sebagian atau seluruhnya, maka tugas akhir ners ini dan gelar yang diperoleh karenanya batal demi hukum.

Gowa, 14 Juli 2021

Penyusun,

(.....)  
ASRAN AMIR, S.Kep  
NIM:70900120016

## PERSETUJUAN PEMBIMBING

Pembimbing penulisan tugas akhir ners Saudara(i) Asran Amir NIM: 70900120016, mahasiswa program studi Profesi Ners Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar, setelah melakukan analisis kasus tugas akhir ners yang berjudul “Manajemen pelayanan keperawatan spiritual di ruang Camar RS Bhayangkara”, memandang bahwa Tugas akhir ners tersebut telah memenuhi syarat-syarat ilmiah dan dapat disetujui untuk diseminarkan

Demikian persetujuan ini diberikan untuk diproses lebih lanjut.

Gowa, 14 Juli 2021

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI

  
(.....)

**Dr Nur hidayah, S.Keo.Ns.,M.Kes**

  
(.....)

**Syamsiah Rauf, S.Kep., Ns., M.Kep**

## PENGESAHAN TUGAS AKHIR NERS

Tugas Akhir Ners yang berjudul "Manajemen Pelayanan Keperawatan Spiritual di Ruang Camar RS Bhayangkara Makassar" yang disusun oleh Asran Amir, S.Kep NIM : 70900120016, Mahasiswa program studi profesi Ners Jurusan Keperawatan pada Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar, telah di uji dan di pertahankan dalam sidang *Munaqasyah* yang diselenggarakan pada hari kamis dan tanggal 15 juli 2021 dinyatakan telah diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners dalam program studi profesi Ners, Jurusan Keperawatan (dengan beberapa perbaikan).

**Makassar, 15 Juli 2021**  
**05 Dzulhijjah 1442 H**

### DEWAN PENGUJI:

Ketua	: Dr. dr. Syatirah, Sp.A., M.Kes	(.....)
Sekretaris	: Dr. Patima, S.Kep., Ns., M.Kep	(.....)
Munaqisy I	: A. Adriana Amal, S.Kep., Ns., M.Kep	(.....)
Munaqisy II	: Dr.H. Muhammad Irham, S.Th.I.,M.Th.I	(.....)
Pembimbing I	: Dr. Nur Hidayah, S.Kep., Ns., M.Kes	(.....)
Pembimbing II	: Syamsiah Rauf, S.Kep.,Ns., M.Kep	(.....)

Diketahui Oleh:

Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan  
UIN Alauddin Makassar



Dr. dr. Syatirah, Sp.A., M.Kes

NIP:198007012006042002

## KATA PENGANTAR



Assalamualaikum wr.wb

Alhamdulillah puji syukur kehadiran Allah SWT, atas limpahan rahmat, hidayah dan taufik-Nya, salawat serta salam tidak lupa di kirimkan kepada Nabi Muhammad saw yang telah membawa umatnya ke zaman yang sekarang sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir Praktik Profesi Keperawatan dan menyusun laporan Karya Ilmiah ini yang berjudul “Manajemen pelayanan keperawatan spiritual di ruang Camar RS bhayangkara makassar”

Penyusun menyadari bahwa karya ilmiah ini dapat terselesaikan berkat dukungan morildan material dari berbagai pihak, baik secara langsung maupun tidak langsung.Untuk itu dengan segala kerendahan hati melalui kesempatan ini penulis meyampaikan rasa terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginyakepada :

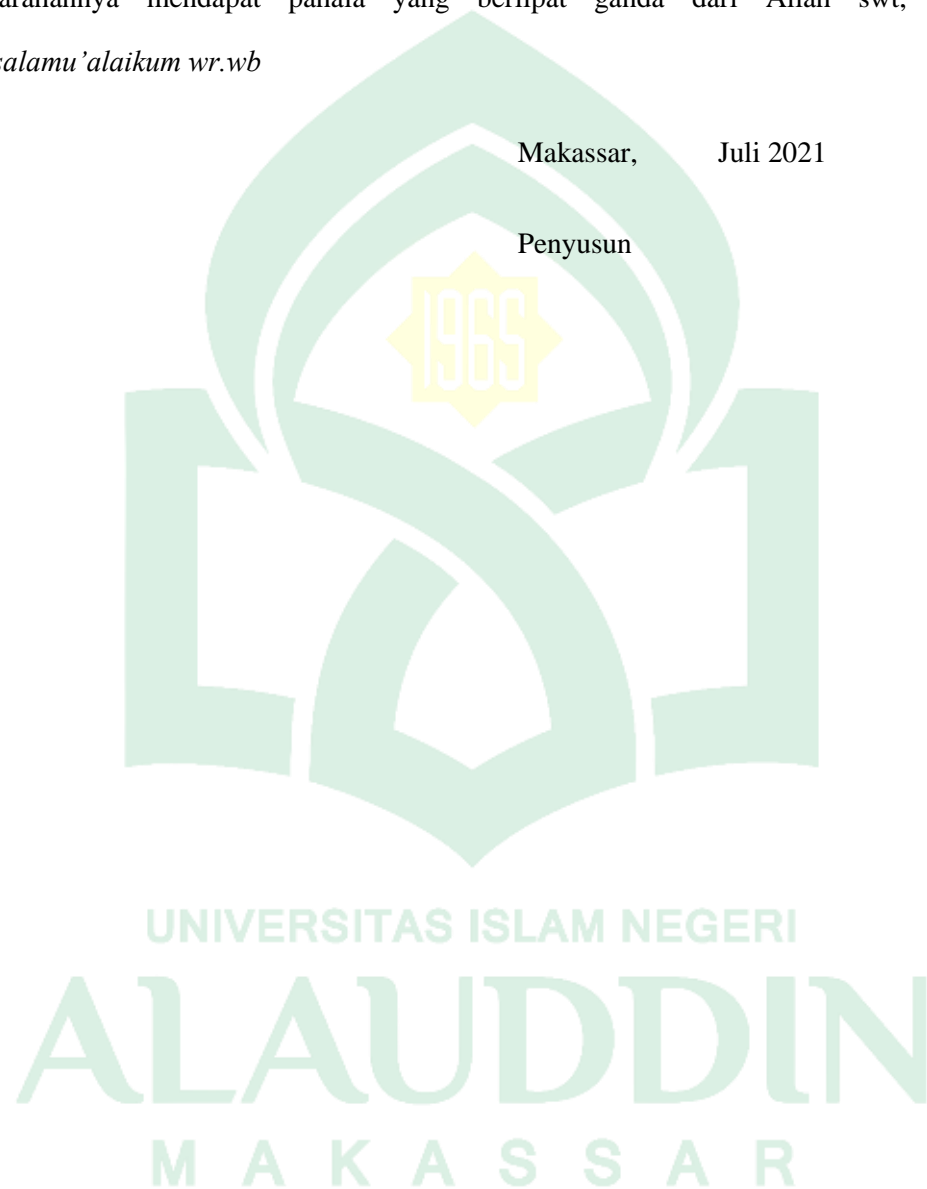
1. **Dr. Patima, S.Kep., Ns.,M.Kep** selaku ketua Jurusan Program Profesi Ners Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar sekaligus sebagai Penguji I dalam bimbingan Karya Ilmiah
2. **Dr Nur Hidayah, S.Kep., Ns., M.Kes** selaku Pembimbing I dalam penyusunan tugas akhir Program Profesi Ners UIN Alauddin Makassar.
3. **Syamsiah Rauf, S.Kep, Ns, M.Kep** selaku pembimbing II dalam penyusunan tugas akhir Program Profesi Ners UIN Alauddin Makassar.
4. Seluruh dosen pengajar Jurusan Keperawatan UIN Alauddin Makassar yang telah banyak memberikan penulis ilmu selama perkuliahan
5. Orang tua dan keluarga yang telah memberikan dukunga dan Do’a yang tidak terhingga

6. Teman-teman Program Profesi Ners Angkatan XVII yang telah banyak membantu dalam penyelesaian laporan awal praktek manajemen keperawatan ini.

Sebagai akhir penulis berdo'a semoga segala bantuan, bimbingan dan pengarahannya mendapat pahala yang berlipat ganda dari Allah swt, amin.  
*Wassalamu'alaikum wr.wb*

Makassar, Juli 2021

Penyusun



## DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL

PERNYATAAN KEASLIAN TUGAS AKHIR NERS

PERSETUJUAN PEMBIMBING

PENGESAHAN TUGAS AKHIR NERS

KATA PENGANTAR.....	vi
DAFTAR ISI.....	viii
ABSTRAK .....	x
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang .....	1
B. Rumusan Masalah.....	5
C. Tujuan Penelitian .....	5
D. Manfaat Penelitian .....	5
BAB II TINJAUAN TEORI	
A. Konsep Teori Manajemen .....	7
B. Keperawatan Spiritual .....	11
C. Pendekatan Teori Keperawatan Yang Digunakan .....	31
BAB III LAPORAN KASUS	
A. M1 (Manusia Dan Ketenagaan) .....	45
B. M2 (Material, Sarana Dan Prasarana) .....	49
C. M3 (Metode) .....	53
D. M4 (Money).....	62
E. Pengkajian Kebutuhan Spiritual.....	64
BAB IV PEMBAHASAN	
A. Analisis Kasus.....	73
B. Analisis Intrvensi.....	74
C. Alternatif Pemecahan Masalah.....	76
BAB V PENUTUP	
A. Kesimpulan .....	77
B. Saran .....	77
DAFTAR PUSTAKA	
RIWAYAT HIDUP	



## ABSTRAK

**Nama: Asran Amir, S.Kep**

**NIM : 70900120016**

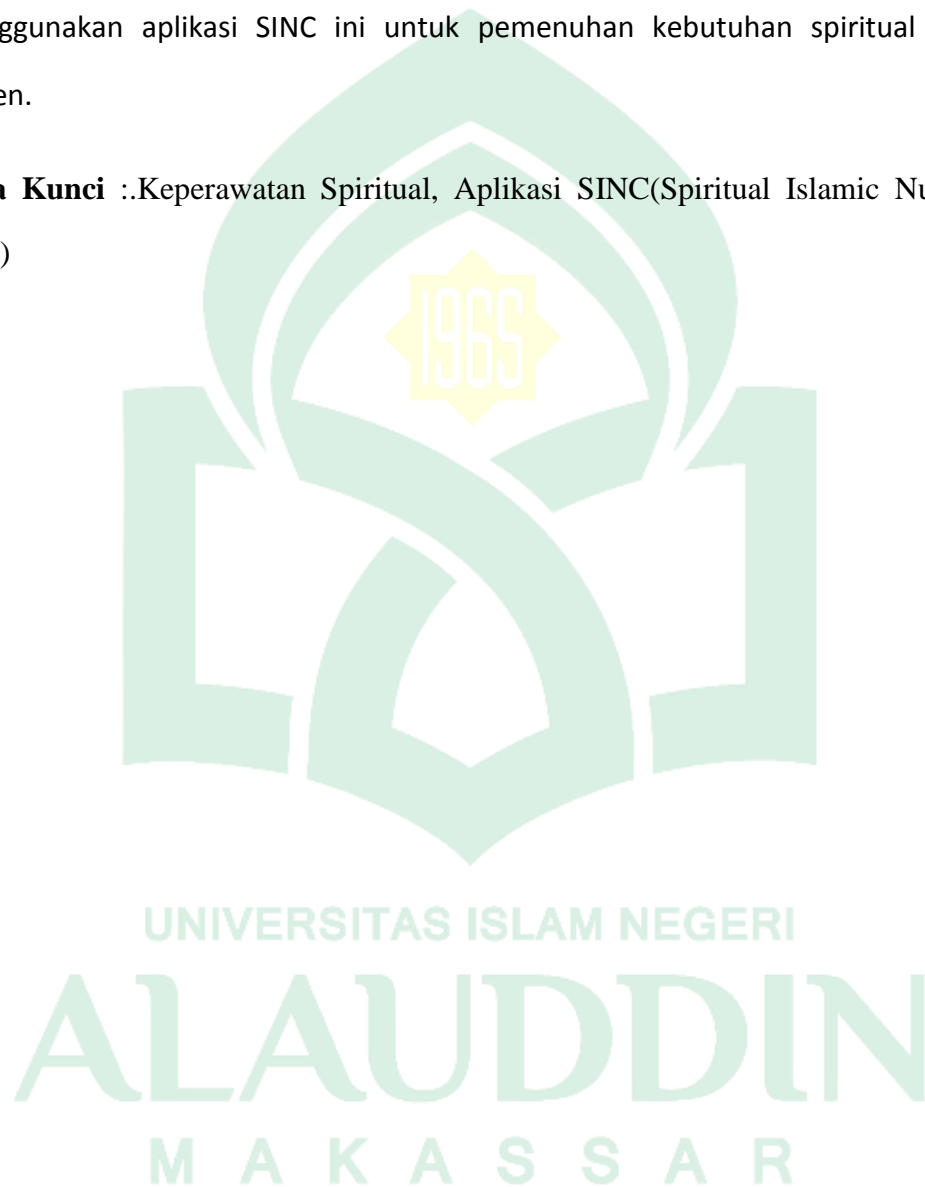
**Judul: “Manajemen Pelayanan Keperawatan Spiritual Di Ruang Camar RS Bhayangkara “**

---

**Latar Belakang:** Pada tahun 1984 Organisasi Kesehatan dunia yang dikenal dengan World health organization (WHO) memasukkan konsep spiritual dalam 4 pilar kesehatan ; yakni manusia sehat secara utuh berdasarkan : kesehatan raga (biologis), kesehatan jiwa (psikologis), kesehatan sosial, dan kesehatan spiritualitas (rohani atau keagamaan). Maksudnya adalah kesehatan individu yang utuh ialah individu dengan beragama dan perhal tersebut sejalan berdasarkan hakikat dan esensi manusia sebagai makhluk ciptaan tuhan (Hawari, 2002 dalam Utami dan Supratman, 2009). Hasil analisis dan situasi menunjukkan, bahwa asuhan keperawatan dalam memenuhi kebutuhan spiritualitas belum dapat dipenuhi oleh perawat dengan optimal. Hasil survey dari Kementerian Kesehatan terhadap Rumah Sakit di Indonesia pada tahun 2014 (Puskom Depkes) didapatkan sekitar 54 – 74 % perawat melakukan instruksi medis, 26 % perawat melakukan pekerjaan administrasi rumah sakit, 20 % melakukan praktik keperawatan yang tidak dikelola dengan baik, dan 68 % tugas keperawatan dasar yang seharusnya tanggung jawab perawat dilakukan oleh keluarga pasien. Tujuan Penelitian : Agar yaitu ingin mengetahui Manajemen Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Di Ruang.perawatan Camar RS Bhayangkara Makassar..Metode: Metode yang digunakan adalah study kasus dengan teknik pengambilan data melalui wawancara, observasi pemeriksaan fisik, dan pendokumentasian. Pelaksanaan : Pemberian terapi murottal dan pengenalan aplikasi SINC(Spiritual Islamic Nursing Care) menyebabkan pasien mampu tidur dan tenang. **Kesimpulan**

: Ada pengaruh dalam pemebrian sosialisasi aplikasi SINC dan terapi murottal diamana setelah dilakukan sosialisasi aplikasi SINC, setelah sosialisasi perawat dan keluarga pasien sangat tertarik dengan konten atau isi aplikasi dan juga mengapresiasi atas sosialisasi aplikasi SINC. perawat mengatakan akan menggunakan aplikasi SINC ini untuk pemenuhan kebutuhan spiritual pada pasien.

**Kata Kunci** :Keperawatan Spiritual, Aplikasi SINC(Spiritual Islamic Nursing Care)



## **BAB 1**

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar belakang**

Pada tahun 1984 Organisasi Kesehatan sedunia atau *World Health Organization* (WHO) menambahkan, dimensi agama sebagai salah satu dari empat pilar kesehatan ; yaitu kesehatan manusia seutuhnya meliputi : sehat jasmani/fisik (biologi), sehat secara kejiwaan (psikiatrik/psikologi), sehat secara sosial, dan sehat secara spiritual (kerohanian/agama). Dengan kata lain manusia yang sehat seutuhnya adalah manusia yang beragama dan hal ini sesuai dengan fitrah manusia (Hawari, 2002 dalam Utami dan Supratman, 2009)

Sekitar 95% orang Amerika percaya pada Tuhan, dengan 72% panggilan keyakinan agama pengaruh terkuat dalam hidup mereka, dan 23% menghadiri ibadah dalam seminggu sekali, meskipun agama tidak identic dengan spiritualitas, baik konsep berbagi elemen umum, termasuk persepsi diri, orang lain, dan makhluk transenden tau kekuatan. (Wall,etal., 2007)

Hasil analisis situasi menunjukan, asuhan keperawatan untuk memenuhi kebutuhan spiritual belum diberikan oleh perawat secara optimal. Hasil survey Kementerian Kesehatan terhadap Rumah Sakit di Indonesia tahun 2014 (Puskom Depkes) diketahui sekitar 54 – 74 % perawat melaksanakan instruksi medis, 26 % perawat melaksanakan pekerjaan administrasi rumah sakit, 20 % melaksanakan praktik keperawatan yang belum dikelola dengan baik, dan 68 % tugas keperawatan dasar yang seharusnya dikerjakan perawat dilakukan oleh keluarga pasien. Keadaan ini memacu seluruh pilar kehidupan profesi keperawatan untuk bahu-membahu, secara bersama membangun kembali profesi keperawatan sesuai kaedah profesi

Keterkaitan antara dimensi agama dan kesehatan menjadi sesuatu yang sangat penting. Pada tahun 1984 Organisasi Kesehatan seDunia (WHO) telah menambahkan, dimensi agama sebagai salah satu dari empat pilar kesehatan ; yaitu kesehatan manusia seutuhnya meliputi :sehat jasmani/fisik (biologi), sehat secara kejiwaan (psikiatrik/psikologi), sehat secara sosial, dan sehat secara spiritual (kerohanian/agama). Bila sebelumnya pada tahun 1947 WHO memberikan batasan sehat hanya dari 3 aspek saja yaitu sehat dalam arti fisik (organobiologi), sehat dalam arti mental (psikologik/psikiatrik) dan sehat dalam arti sosial, maka sejak 1984 batasan tersebut sudah ditambah dengan aspek agama (spiritual), yang oleh American Psychiatric Assosiation (APA) dikenal dengan rumusan “bio-psiko-sosiospiritual”. (Priharjo, 2008).

Kebutuhan spiritual merupakan kebutuhan dasar yang dibutuhkan oleh setiap manusia. Apabila seseorang dalam keadaan sakit, maka hubungan dengan Tuhannya pun semakin dekat, mengingat seorang dalam kondisi sakit menjadi lemah dalam segala hal, tidak ada yang mampu membangkitkannya dari kesembuhan, kecuali Sang Pencipta. Dalam pelayanan kesehatan, perawat sebagai petugas kesehatan harus memiliki peran utama dalam memenuhi kebutuhan spiritual. Kebutuhan spiritual mempertahankan atau mengembalikan keyakinan dan memenuhi kewajiban agama, serta kebutuhan untuk mendapatkan maaf dan pengampunan, mencinati, menjalin hubungan penuh rasa percaya dengan Tuhan (Hamid, 2009).

Spiritual dapat memotivasi seseorang (pasien) dalam keadaan tidak berdaya untuk lebih fokus, lebih kuat dalam menghadapi permasalahan, stres emosi karena sakit. Hal lain terkait aspek spiritual yaitu dapat meningkatkan kualitas hidup pasien terutama pada kondisi menjelang kematian sehingga pasien dapat meninggal dengan tenang diakhir hidupnya (Monod et al., 2011). Aspek spiritual sering menjadi sisi yang terlupakan, walaupun hal ini sudah menjadi landasan dalam sejarah konsep keperawatan sejak ditetapkan oleh WHO di tahun 1984. Hal ini tertuang

dalam beberapa hasil penelitian dan pengamatan peneliti selama saat di rumah sakit. Hasil penelitian terkait pelaksanaan keperawatan spiritual di rumah sakit Ibnu Sina di Makassar didapatkan hasil 62.22% (28 dari 45 responden) menyatakan tidak puas (Ilhamsyah, Sjattar, & Hadju, 2015). Spiritualitas adalah keyakinan dalam hubungannya dengan yang Maha Kuasa. Sedangkan kebutuhan spiritual adalah kebutuhan untuk mempertahankan atau mengembalikan keyakinan dan memenuhi kewajiban agama, serta kebutuhan untuk mendapatkan maaf atau pengampunan. Kebutuhan spiritual merupakan kebutuhan dasar yang dibutuhkan oleh setiap manusia. Dalam pelayanan kesehatan, perawat sebagai petugas kesehatan harus memiliki peran utama dalam memenuhi kebutuhan spiritual. Perawat dituntut mampu memberikan pemenuhan yang lebih pada saat pasien akan dioperasi, pasien kritis atau menjelang ajal. Dengan demikian, terdapat keterkaitan antara keyakinan dengan pelayanan kesehatan dimana kebutuhan dasar manusia yang diberikan melalui pelayanan kesehatan tidak hanya berupa aspek biologis, tetapi juga aspek spiritual. Aspek spiritual dapat membantu membangkitkan semangat pasien dalam proses penyembuhan (Asmadi, 2018).

Menurut El-Noor (2012) dapat dengan tujuan untuk mengurangi masalah psikologis dan meningkatkan kemampuan pasien dalam mengatasinya secara emosional dan mengurangi kecemasan. Cara yang dapat digunakan untuk mengurangi kecemasan pasien adalah dukungan spiritual yang sesuai dengan kebutuhan dan keyakinan pasien. Dengan terpenuhinya kebutuhan spiritual, sehingga pasien dapat mencapai kesejahteraan spiritual (Moeini, 2012). Hasil penelitian menurut (Faeze et al., 2017) menunjukkan bahwa perawatan spiritual menyebabkan pengurangan dalam skor rata-rata kecemasan. Ini menunjukkan bahwa perawatan spiritual sangat efektif dalam mengurangi kecemasan. Hasil penelitian (Taraghi et al., 2016) menyebutkan Praktik keagamaan dan doa dapat menjadi sumber yang kuat untuk mengatasi situasi yang menekan dan dukungan psiko-sosial pada pasien dengan stroke. Perawatan spiritual

merupakan perawatan yang berpusat pada pasien, dan dipengaruhi oleh lingkungan perawatan kritis, kehadiran anggota keluarga dan penyedia perawatan kesehatan. Hal tersebut akan meningkatkan efektifitas perawatan spiritual. Intervensi yang diberikan sangat sederhana seperti mendampingi pasien, mendengarkan keluhan, menekankan pentingnya menyeimbangkan kebutuhan jiwa pikiran dan tubuh, memfasilitasi beribadah dan berdoa, relaksasi menggunakan doa dan ayat suci. .

Spiritualitas adalah keyakinan dalam hubungannya dengan yang Maha Kuasa. Sedangkan kebutuhan spiritual adalah kebutuhan untuk mempertahankan atau mengembalikan keyakinan dan memenuhi kewajiban agama, serta kebutuhan untuk mendapatkan maaf atau pengampunan. Kebutuhan spiritual merupakan kebutuhan dasar yang dibutuhkan oleh setiap manusia. Dalam pelayanan kesehatan, perawat sebagai petugas kesehatan harus memiliki peran utama dalam memenuhi kebutuhan spiritual. Perawat dituntut mampu memberikan pemenuhan yang lebih pada saat pasien akan dioperasi, pasien kritis atau menjelang ajal. Dengan demikian, terdapat keterkaitan antara keyakinan dengan pelayanan kesehatan dimana kebutuhan dasar manusia yang diberikan melalui pelayanan kesehatan tidak hanya berupa aspek biologis, tetapi juga aspek spiritual. Aspek spiritual dapat membantu membangkitkan semangat pasien dalam proses penyembuhan(Asmadi, 2018).

Perawatan spiritual sangat penting untuk disediakan karna pemulihan penyakit kritis dan menurunkan tekanan psikologis akan lebih efektif dan efisien (Abuatiq, 2015). Penelitian yang dilakukan oleh Evangelista et al (2016) hasil menunjukkan bahwa perawat menganggap spiritualitas sebagai sumber kekuatan, kenyamanan dan keyakinan sehingga pasien lebih mampu memperbaiki kondisi dan mampu menerima proses kematian.dukungan keluarga, pengampunan, cinta dan harapan merupakan kebutuhan spiritual pasien. Pada penelitian yang ditulis oleh Ho et al (2017) penderita sakit kritis dan keluarganya seringkali memiliki kerohanian yang kurang dengan perawatan spiritual dapat memupuk

suasana yang mendukung. Salah satu perawatan spiritual adalah layanan kerohanian dengan rujukan diskusi spiritual pasien dengan rohaniawan atau keluarga dengan rohaniawan.

## **B. Rumusan masalah**

Berdasarkan uraian latar belakang diatas maka penuls dpat menarik rumusan masalah yaitu Manajemen pelayanan keperawatan spiritual di ruang camar RS Bhayangkara

## **C. Tujuan penelitian**

### **1. Tujuan Umum**

Tujuan umum penelitian ini adalah untuk menegtahui Manajemen Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Di Ruangan.perawatan Camar RS Bhayangkara makassar

### **2. Tujuan Khusus**

- a. Untuk Mengetaguhui gambaran hasil pengkajian Kebutuhan Spiritual Di Ruangan.perawatan Camar RS Bhayangkara Makassar
- b. Untuk Menegtahui Diagnosis kebutuhan Spiritual Di Ruangan perawatan Camar RS Bhayangkara Makassar
- c. Untuk Menegtahu Intervensi pemenuhan Spiritual Di Ruangan.perawatan Camar RS Bhayangkara Makassar
- d. Untuk Menegtahui Implementasi kebutuhan Spiritual Di Ruangan perawatan Camar RS Bhayangkara Makassar
- e. Untuk mengetahui evaluasi kebutuhan spiritual di ruangan perawatan Camar RS Bhayangkara

## **D. Manfaat penelitian**

### **1. Manfaat teoritis**

Tugas akhir ners ini dapat menjadi bahan dasar dalam melakukan praktik keperawatan untuk melakukan pemenuhan kebutuhan spiritual pada pasien

## 2. Manfaat aplikatif

Di harapkan tugas akhir nersi ini dapat menjadi bahan masukan dan informasi untuk meningkatkan manajemen pemenuhan kebutuhan spiritual di ruangan.





## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **A. Konsep teori manajemen**

##### **1. Pengertian manajemen**

Manajemen adalah suatu pendidikan yang dinamis dan proaktif dalam menjalani suatu kegiatan diorganisasi sedangkan management keperawatan adalah suatu proses bekerja melalui anggota staf keperawatan untuk memberikan Asuhan Keperawatan secara professional (Nursalam, 2014)

Manajemene keperawatan adalah suatu proses bekerja melalui anggota staf keperawatan untuk memberikan asuhan keperawatan secara professional. Proses manajemen keperawatan sejalan dengan proses keperawatan sebagai suatu metode pelaksanaan asuhan keperawatan secara professional, sehingga diharapkan keduanya dapat saling mendukung. proses keperawatan sebagaimana manajemen keperawatan terdiri atas pengumpulan data, identifikasi masalah, perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi hasil (Nursalam, 2014)

Manajemen keperawatan merupakan konsep yang bersifat memfasilitasi pekerjaan perawat pelaksana dalam mengelola kegiatan keperawatan. Lingkup manajemen keperawatan terdiri dari manajemen pelayanan keperawatan dan manajemen asuhan keperawatan. Manajemen pelayanan keperawatan merupakan pelayanan di rumah sakit yang dikelola oleh bidang keperawatan melalui tingkatan manajerial baik tingkat tinggi, menengah dan bawah. Keberhasilan pelayanan keperawatan sangat bergantung pada manajer keperawatan dalam menjalankan peran dan fungsinya (Suarli, 2013).

Manajemen keperawatan adalah perencanaan. Perencanaan adalah yang utama untuk seluruh aktivitas yang

lain atau fungsi-fungsi dari manajemen. Perencanaan adalah suatu pemikiran atau konsep nyata yang sering dilaksanakan dalam penulisan, meskipun banyak orang dalam perawatan menggunakan perencanaan secara informal, tanggung jawab dari perencanaan tidak dituliskan, kemungkinan tidak dilaksanakan (Swansburg, 2012).

## **2. Prinsip dasar manajemen keperawatan**

Dalam melaksanakan proses manajemen keperawatan maka seorang manajer keperawatan harus memiliki dasar atau prinsip. Swanburg (2010) mengelompokkan prinsip-prinsip manajemen keperawatan sebagai berikut:

### **a. Manajemen keperawatan merupakan suatu perencanaan**

Tahap perencanaan dan proses manajemen tidak hanya terdiri dari penentuan kebutuhan keperawatan pada berbagai kondisi klien, tetapi juga terdiri atas pembuatan tujuan, mengalokasikan anggaran, identifikasi kebutuhan pegawai, dan penetapan struktur organisasi yang diinginkan.

Perencanaan merupakan pemikiran atau konsep – konsep tindakan yang umumnya tertulis dan merupakan fungsi penting di dalam mengurangi resiko dalam pengambilan keputusan, pemecahan masalah, dan efek – efek dan perubahan. Selama proses perencanaan, yang dapat dilakukan oleh pimpinan keperawatan adalah menganalisis dan mengkaji sistem, mengatur strategi organisasi dan menentukan tujuan jangka panjang dan pendek, mengkaji

sumber daya organisasi, mengidentifikasi kemampuan yang ada, dan aktivitas spesifik serta prioritasnya.

- b. Manajemen keperawatan merupakan penggunaan waktu yang efektif dan efisien

Keberhasilan seorang pemimpin keperawatan bergantung pada penggunaan waktu yang efektif. Dalam keperawatan, manajemen sangat dipengaruhi oleh kemampuan pimpinan keperawatan. Dalam konteks ini, seorang pimpinan harus mampu memanfaatkan waktu yang tersedia secara efektif. Hal demikian dibutuhkan untuk dapat mencapai produktivitas yang tinggi dalam tatanan organisasinya.

- c. Manajemen keperawatan meliputi pembuat keputusan

Berbagai situasi dan permasalahan yang terjadi dalam pengelolaan kegiatan keperawatan memerlukan pengambilan keputusan akan berpengaruh terhadap proses atau jalannya aktivitas yang akan dilakukan. Proses pengambilan keputusan akan sangat mempengaruhi oleh kemampuan komunikasi dan para manajer.

- d. Manajemen keperawatan menyangkut tentang proses pengorganisasian

Pengorganisasian dilakukan sesuai dengan kebutuhan organisasi mencapai tujuan. Terdapat 4 buah struktur organisasi, yaitu unit, departemen, top atau tingkat

eksekutif dan tingkat operasional. Prinsip pengorganisasian mencakup hal-hal pembagian tugas ( the devision of work ), koordinasi, kesatuan komando, hubungan staf dan lini, tanggung jawab dan kewengan yang sesuai adanya rentang pengawasan.

### **3. Fungsi manajemen**

Secara umum fungsi management keperawatan terdiri dari perencanaan, pengorganisasian, ketenagaan, pengarahan, pengawasan (Asmadi, 2015).

#### **a. Perencanaan**

Perencanaan yang dimaksud adalah untuk menentukan kebutuhan dalam asuhan keperawatan kepada semua pasien, menetapkan tujuan, mengalokasikan semua anggaran belanja, memutuskan ukuran dan tipe tenaga keperawatan yang dibutuhkan, membuat pola struktur organisasi yang dapat mengoptimalkan efektifitas staff serta menetapkan kebijaksanaan dan prosedur operasional untuk mencapai visi dan misi institusi yang telah ditetapkan.

#### **b. Pengorganisasian**

Meliputi beberapa kegiatan diantaranya menentukan struktur organisasi, menentukan model penugasan keperawatan sesuai dengan keadaan klien dan ketenagaan, mengelompokkan aktifitas-aktifitas untuk menentukan tujuan dari unit bekerja dalam struktur organisasi yang telah ditetapkan dan memahami serta menggunakan kekuasaan dan otoritas yang sesuai.

#### **c. Ketenagaan**

Meliputi kegiatan yang berhubungan dengan kepegawaian diantaranya rekrutmen, wawancara, mengorientasikan staf, menjadwalkan dan

mensosialisasikan pegawai baru serta pengembangan staf.

d. Pengarahan

Mencangkup tanggung jawab dalam mengelola sumber daya manusia seperti motivasi untuk semangat, manajemen konflik, pendelegasian, komunikasi, dan memfasilitasi kolaborasi

e. Pengawasan

Meliputi pelaksanaan penilaian kinerja staf, pertanggung jawaban, pengendalian mutu, pengendalian aspek legal dan etik serta pengendalian profesionalisme asuhan keperawatan

## **B. Keperawatan spiritual**

### **1. Pengertian perawat**

Perawat adalah seseorang yang telah lulus pendidikan tinggi keperawatan (vokasi, akademik atau profesi), baik di dalam maupun di luar negeri yang diakui oleh Pemerintah sesuai dengan ketentuan Peraturan Perundang-undangan yang memberikan asuhan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat (UU RI, Nomor 38 Tahun 2014).

Praktik keperawatan adalah pelayanan yang diselenggarakan oleh perawat dalam bentuk asuhan keperawatan dimana adanya interaksi antara perawat dengan klien dan lingkungannya guna mencapai tujuan pemenuhan kebutuhan dan kemandirian klien dalam merawat dirinya, dimana dalam praktiknya harus berasaskan perikemanusiaan, nilai ilmiah, etika dan profesionalitas, manfaat, keadilan, perlindungan, kesehatan dan keselamatan klien (UU RI, Nomor 38 Tahun 2014).

### **2. Perawatan spiritual**

Perawatan spiritual adalah tindakan keperawatan yang

dilakukan untuk memenuhi kebutuhan spiritual pasien. Gusnia., (2013) menyatakan bahwa pelayanan spiritual tidak hanya menyangkut orang berdoa atau tidak berdoa, tetapi juga bagaimana seseorang itu bisa memaknai setiap peristiwa hidup yang dialami, dan bagaimana seseorang bisa membawa diri, berarti dan bermakna dalam hidupnya.

Menurut Meehan (2012) perawatan spiritual adalah kegiatan dalam keperawatan untuk membantu pasien melalui sikap dan tindakan praktek keperawatan berdasarkan nilai-nilai keperawatan spiritual yaitu dengan mengakui martabat manusia, kebaikan, belas kasih, ketenangan dan kelemahan lembut. Perawatan spiritual berfokus pada menghormati pasien, interaksi yang ramah dan simpatik, mendengarkan dengan penuh perhatian dan memberikan kekuatan pada pasien dalam menghadapi penyakitnya (Mahmoodishan, 2010). Perawatan spiritual tidak mempromosikan agama atau praktek untuk meyakinkan pasien tentang agamanya melainkan memberi kesempatan pada pasien untuk mengekspresikan nilai-nilai dan kebutuhan mereka, dan memberdayakan mereka terkait dengan penyakitnya (Sartori P., 2010)

Elemen kesehatan berkualitas adalah dengan menunjukkan kasih sayang kepada klien sehingga terbentuk hubungan saling percaya yang diperkuat ketika pemberi perawatan menghargai dan mendukung kesejahteraan spiritual klien. Kesejahteraan spiritual dari individu dapat mempengaruhi tingkat kesehatan dan perilaku diri yaitu sumber dukungan untuk dapat menerima perubahan yang dialami (Seyedrasooly et al 2014).

Dalam perspektif keperawatan, manusia di pandang sebagai makhluk holistik, sehingga hirarki kebutuhan dasar manusia tidak cukup hanya dengan lima, seperti yang dipublikasikan Abraham Maslow pada tahun 1970 yaitu kebutuhan fisiologis,

keselamatan, dan keamanan, mencintai dan dicintai, harga diri, serta kebutuhan aktualisasi diri, akan tetapi menjelang akhir hayatnya, Abraham Maslow menambahkan hierarki kebutuhan manusia yang keenam yaitu kebutuhan transsidental diri, dimana seseorang memerlukan adanya hubungan kedekatan dengan Tuhan. (Asmadi, 2008).

Teori Abraham Maslow hierarki yang ke enam sesuai dengan teori

Virginia Handerson (Hidayat, 2008), dimana kebutuhan dasar manusia

terdiri atas 14 komponen yaitu:

- 1) Bernapas secara normal
- 2) Makan dan minum yang cukup
- 3) Eliminasi (buang air besar dan kecil)
- 4) Bergerak dan mempertahankan postur yang diinginkan
- 5) Tidur dan istirahat
- 6) Memilih pakaian yang tepat
- 7) Mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran normal dengan menyesuaikan pakaian yang dikenakan dan memodifikasi lingkungan.
- 8) Menjaga kebersihan diri dan penampilan
- 9) Menghindari bahaya dan lingkungan
- 11) Beribadah sesuai dengan agama dan kepercayaan
- 12) Bekerja sedemikian rupa sebagai modal untuk membiayai kebutuhan hidup.
- 13) Bermain atau berpartisipasi dalam berbagai kegiatan rekreasi.
- 14) Belajar, menemukan, atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah pada perkembangan yang normal, kesehatan, dan penggunaan fasilitas kesehatan yang tersedia.

Berdasarkan komponen yang telah dikemukakan,

diantaranyaberibadah sesuai dengan agama dan kepercayaan, menunjukkan kebutuhan transendental diri merupakan puncak kesadaran eksistensi manusia dimana secara fitrahwi menyadari akan adanya Tuhan dan memerlukan pertolongan-Nya. Dengan demikian, individu yang telah mencapai level ini mengalami keseimbangan hidup di mana hidup bukan hanya sekedar pemenuhan jasmaniah semata, tetapi unsur rohani pun terpenuhi (Asmadi, 2008). sehingga dapat di tarik kesimpulan bahwa spiritualitas merupakan bagian inti dari individu melebihi keyakinan dan praktek beragama, yang berhubungan dengan keunikan individu dan menghubungkan jalan pikiran, tubuh, emosi, hubungan dengan orang lain dan dengan sesuatu di luar diri, serta merupakan proses aktif dan positif berkaitan dengan pencarian tujuan, makna, hidup, harapan dan prinsip hidup. (Qur ana, 2012)

Keperawatan Spritual merupakan bentuk pemberian asuhan keperawatan yang mana seorang perawat memberikan tindakan dalam pemenuhan kebutuhan Spritual atau segala bentuk masalah yang telah terjadi terkait spiritual pasien. (Leeuwen, R. van, & Schep-Akkerman, 2015).

Dari uraian diatas dapat di tarik kesimpulan bahwa perawatan spiritual adalah praktek dan prosedur pelayanan keperawatan yang diberikan perawat dalam memenuhi kebutuhan spiritual pasien berlandaskan nilai-nilai keperawatan spiritual yang berfokus pada menghormati pasien, interaksi yang ramah dan simpatik, mendengarkan dengan penuh perhatian, memberi kesempatan kepada pasien untuk mengekspresikan kebutuhan pasien, memberikan kekuatan pada pasien serta memberdayakan mereka terkait dengan penyakit yang di alaminya.

### **3. Peran perawat dalam memenuhi kebutuhan spiritual pasien**

Perawat memberi asuhan secara holistik yaitu memberikan



bentuk asuhan keperawatan meliputi bio-psiko- sosio-spiritual pasien (Dossey et al dalam (Habsari Zakia, 2017). Perawat merupakan tenaga kesehatan yang selalu hadir ketika seseorang sakit, kelahiran, bahkan kematian. Pada peristiwa kehidupan tersebut kebutuhan spiritual sering menonjol, dalam hal ini perawat berperan untuk memberikan perawatan spiritual (Cavendish R, 2003). Konsep kehadiran, dengan meningkatkan rasa empati dan aktif mendengarkan, mencerminkan kepercayaan dan hal positif pasien pada perawat, yang akan memungkinkan kebebasan klien untuk mengekspresikan masalah atau kebutuhan ruhaninya (O'Brien, P.A dan Mary, 2011) “

Peran perawatan spiritual terhadap pasien dapat ditunjukkan dengan rasa empati, kasih sayang, mendengarkan cerita pasien, merawat pasien dengan hormat, berkomunikasi dan berinteraksi dengan pasien, membantu pasien dalam menemukan makna dan tujuan hidup, mendukung mereka dengan budaya dan keyakinan agama mereka, memulihkan iman atau kepercayaan mereka, menemukan harapan, cinta, dan pengampunan (Wu, et al 2016).

Peran perawat dalam proses keperawatan yaitu melakukan pengkajian, merumuskan diagnosis keperawatan, menyusun rencana dan implementasi dan melakukan evaluasi kebutuhan spiritual pasien, selain itu perawat juga berperan dalam komunikasi terhadap pasien, tim kesehatan lainnya dan organisasi klinis/pendidikan, serta dalam menjaga masalah etik keperawatan (Baldacchino RD, 2006). Peran perawat dalam memberikan asuhan spiritualitas menurut Potter dan Perry (2012) yaitu:

- a) Mengeksplorasi spiritualitas pasien dari budaya yang berbeda, kaji arti kesehatan dan bagaimana pasien

mencapai keseimbangan,

stabilitas, kedamaian dan kenyamanan dalam hidupnya.

- b) Menawarkan sebuah pendekatan universal dan holistik ketika mengkaji kebutuhan perawatan dan menggunakan komunikasi terapeutik pada pasien.
- c) Selama mengkaji hormatilah hak asasi, nilai, kebiasaan, dan keyakinan pasien.
- d) Pengkajian spiritual bisa dirujuk ke rohaniawan. Jika perawat tidak merasa nyaman atau kesulitan dengan agama pasien,
- e) Dilarang menggunakan bahasa yang mendiskriminasikan karena berbeda budaya dengan perawat.

#### **4. Faktor yang mempengaruhi pemenuhan kebutuhan spiritual pasien**

Faktor-faktor yang mempengaruhi kesediaan perawat dalam memberikan perawatan spiritual, diantaranya :

- a) Kesadaran mengenai spiritualitas, kesadaran akan adanya kekuatan yang lebih tinggi, dan kemampuan dalam mencari makna hidup Perawat ketika memiliki kesadaran spiritual yang tinggi, akan lebih peka, tanggap dan reflektif terhadap makna dalam hidupnya.

Hal tersebut akan memudahkan perawat dalam memberikan pelayanan spiritual yang baik pula pada pasienn

- b) Kurangnya pengetahuan dan pelatihan mengenai asuhan keperawatan spiritual. Pemahaman perawat mengenai perawatan spiritual dapat mempengaruhi bagaimana seorang perawat dalam memberikan asuhan keperawatan spiritual pada klien. Perawat yang masih merasa bingung dengan hal tersebut dikarenakan masih kurangnya pendidikan dan pelatihan mengenai asuhan

keperawatan spiritual yang di dapatkan (Chiang, et al 2015).

- c) Perawat merasa kurang mampu dalam memberikan perawatan spiritual Perawat masih memandang agama sebagai masalah pribadi yang merupakan hubungan individu dengan penciptanya. Perawat yang tidak bisa memahami akan spiritualitas dirinya, tentu akan kesulitan untuk memberikan asuhan spiritual pada pasien (Chiang, et al 2015).
- d) Perawat beranggapan bahwa pemenuhan kebutuhan spiritual bukan menjadi bagian dari tugasnya, tetapi merupakan tugas pemuka agama (Chiang, et al 2015).
- e) Beban kerja yang meningkat, dan kurangnya waktu perawat yang bekerja di rumah sakit sering dihadapkan dengan tuntutan dan beban kerja yang berlebih untuk memberikan perawatan fisik pada pasien. Hal ini lah yang menjadi alasan bahwa perawat tidak punya waktu untuk memberikan asuhan spiritual pada pasien (Chiang, et al 2015).
- f) Kecerdasan spiritual, perawat yang memiliki kecerdasan spiritual, mampu menempatkan pemberian pelayanan keperawatan dalam konteks yang lebih agung yaitu atas dasar ibadah dan pertolongan bagi manusia yang membutuhkan (Yosep, 2005).
- g) Perlunya kompetensi dan pedoman praktis untuk menerapkan asuhan spiritual kepada pasien (Akkerman dan Leeuwen, 2009).
- h) Organisasi penting dalam memberikan perawatan spiritualitas kepada pasien (Timmins & McSherry, 2012). Spiritualitas dan perawatan spiritual memiliki potensi untuk mengubah budaya organisasi, nilai, dan

sikap. Selain itu peran kepemimpinan dan manajemen juga dibutuhkan menyangkut pelaksanaan perawatan spiritual (Battey, 2012).

- i) Iman atau kepercayaan terhadap Tuhan, perawat yang tidak beragama (atheis maupun agnostik) memiliki iman yang rendah dalam sikap atau keterlibatan spiritual (tingkat keterkaitan yang lebih rendah dengan diri sendiri, orang lain, alam dan transenden) daripada perawat yang memiliki agama. Faktor terpenting yang berkontribusi dalam persepsi spiritualitas dan kompetensi perawatan spiritualitas adalah terletak pada spiritualitas pribadi perawat itu sendiri (Akkerman dan Leeuwen, 2009). Pemahaman dan hubungan dengan Tuhan secara tradisional dipahami dalam kerangka hidup keagamaan. Akan tetapi, saat ini telah dikembangkan dengan lebih luas dan tidak terbatas. Tuhan dipahami sebagai daya yang mampu menyatukan, prinsip hidup atau hakikat hidup. Kodrat Tuhan mungkin mengambil berbagai macam bentuk dan mempunyai makna yang berbeda bagi satu orang dengan yang lainnya. Tenaga kesehatan yang efektif dapat mengintegrasikan semua ungkapan spiritualitas dalam perawatan pada pasien. Kebutuhan spiritual memiliki arti suatu keyakinan pendekatan, harapan serta kepercayaan kepada tuhan dan kebutuhan dalam menjalankan agama yang dianut, kebutuhan untuk dicintai serta diampuni oleh Tuhan yang seluruhnya dimiliki dan harus dipertahankan oleh seseorang sampai kapanpun agar memperoleh pertolongan, ketenangan, keselamatan, kekuatan, penghiburan serta kesembuhan (Bambang, 2010).

Kebutuhan spiritual bertujuan untuk mempertahankan atau mengembalikan keyakinan serta untuk mendapatkan manfaat atau pengampunan, mencintai, menjalin hubungan penuh rasa percaya dengan Tuhan. Kebutuhan spiritual sebagai bagian dari kebutuhan manusia secara utuh hanya akan dapat terpenuhi apabila perawat dibekali dengan kemampuan dalam memberikan asuhan keperawatan dengan memperhatikan spiritual pasien. Selain itu berdoa dan ritual agama dapat membangkitkan harapan dan rasa percaya diri seseorang yang sedang sakit, sehingga dapat meningkatkan imunitas (kekebalan) tubuh sehingga mampu mempercepat proses penyembuhan (Hawari, 2008).

Di dalam ajaran Islam penyakit dianggap sebagai suatu bentuk cobaan dan ujian keimanan bagi seseorang. Orang-orang yang memiliki keimanan yang tinggi juga tetap akan diberikan ujian oleh Allah. Misalnya dalam menghadapi cobaan penyakit, seseorang harus berusaha untuk senantiasa berdoa kepada Tuhan agar diberikan kekuatan dan kesembuhan penyakit yang dideritanya.

Hal ini juga berkaitan dengan Firman Allah SWT dalam Q.S Al-Baqarah/1: 153

يَا أَيُّهَا النَّاسُ قَدْ جَاءَكُمْ مَوْعِظَةٌ مِنْ رَبِّكُمْ وَشِفَاءٌ لِمَا فِي الصُّدُورِ وَهُدًى  
وَرَحْمَةٌ لِلْمُؤْمِنِينَ

Terjemahnya:

Wahai orang-orang yang beriman mohonlah pertolongan (kepada Allah SWT) Dengan sabar dan shalat, sesungguhnya Allah beserta orang-orang yang sabar

Menurut M. Quraish Shihab (2002) dalam tafsir Al-Mishbah, Ayat tersebut mengajak orang-orang yang beriman untuk menjadikan shalat seperti yang diajarkan Allah di atas dan dengan mengarah ke kiblat dan kesabaran sebagai penolong untuk menghadapi cobaan hidup. Kata ash-shabr/sabar yang dimaksud mencakup banyak hal: sabar menghadapi ejekan dan rayuan, sabar dalam petaka dan kesulitan, serta sabar dalam berjuang menegakkan kebenaran dan keadilan.

Penutup ayat yang menyatakan sesungguhnya Allah bersama orang-orang yang sabar dalam mengisyaratkan bahwa jika seseorang ingin teratasi penyebab kesedihan atau kesulitannya jika ia ingin berhasil memperjuangkan kebenaran dan keadilan, ia harus menyertakan Allah dalam setiap langkahnya. Ia harus bersama Allah dalam kesulitan dan dalam perjuangannya. Ketika itu, Allah Yang Maha Mengetahui, Maha Perkasa, lagi Maha Kuasa pasti membantunya karena Diapun telah bersama hamba-Nya. Tanpa kebersamaan itu, kesulitan tidak akan tertanggulangi bahkan tidak mustahil kesulitan diperbesar oleh setan dan nafsu amarah manusia sendiri. Karena kesabaran membawa kepada kebaikan dan kebahagiaan, manusia tidak boleh berpangku tangan atau terbawa kesedihan oleh petaka yang dialaminya, ia harus berjuang dan berjuang. Memperjuangkan kebenaran dan menegakkan keadilan dapat menyebabkan kematian. Puncak petaka yang memerlukan kesabaran adalah kematian. Ibn Katsir, (2003) dalam kitab tafsirnya menyatakan bahwa sesungguhnya Al-Quran itu merupakan obat (penawar)

dan rahmat bagi kaum yang beriman. Bila seseorang mengalami keraguan, penyimpangan dan kegundahan yang terdapat dalam hati, maka Al-Qur'an-lah yang menjadi obat (penawar)

#### **5. Aspek pemenuhan kebutuhan spiritual perawat kepada pasien**

Menurut Leeuwen, (2008) terdapat beberapa hal yang harus dilakukan perawat untuk memenuhi kebutuhan spiritual pasien yaitu:

a) Komunikasi perawat dengan klien

Perawat ketika memberikan asuhan keperawatan spiritual kepada pasien dituntut untuk menggunakan komunikasi yang baik. Komunikasi terapeutik ini bertujuan untuk membina hubungan saling percaya dengan klien, memiliki sikap empati, tulus dan ikhlas dalam berkomunikasi, mendengar aktif serta tidak mendiskriminasi spiritual klien.

b) Pengkajian dan implementasi keperawatan spiritual

Perawat dalam melakukan pengkajian dan implementasi terkait asuhan spiritualitas klien yaitu dengan mengkaji kebutuhan spiritual klien. selain itu perawat berdiskusi dengan tim kesehatan lainnya dalam menetapkan perawatan spiritual yang sesuai, dan berdiskusi dengan klien terkait perawatan spiritual yang dibutuhkan

c) Merujuk klien ke rohaniwan

Perawat dituntut untuk bisa memberikan asuhan spiritual pada pasien, karena itu merupakan kewajibannya dalam menjalankan perawatan yang holistik. Perawat juga harus bisa merujuk ke rohaniwan, ketika pasien membutuhkan hal-hal mendalam yang terkait agamanya, dan dirasa perawat kurang mumpuni atau berbeda keyakinan dengan pasien.

d) Perawat diharapkan mampu memberikan dukungan penuh

dankonseling bagi klien. Bentuk dukungan dan konseling yang bisa dilakukan meliputi memberikan informasi tentang fasilitas ibadah di rumah sakit, membantu klien dalam menjalankan aktivitas spiritualnya, dan tetap memberikan asuhan spiritual meskipun belum ada kebijakan atau pedoman dari rumah sakit.

## **6. Proses keperawatan dalam aspek spiritual**

Proses keperawatan spiritual prinsipnya sama dengan pelaksanaan proses keperawatan pada umumnya terbagi menjadi beberapa tahap yaitu pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi (Potter dan Perry, 2012).

### **a) Pengkajian keperawatan**

Menurut Dossey,(2005) dan Potter,et al(2012) pengkajian spiritual yang harus dilakukan perawat yaitu sebagai berikut:

- 1) Meminta pasien untuk mendeskripsikan sumber kekuatan dan harapannya
- 2) Mengkaji pasien untuk menggambarkan tingkat kepuasan Hidup
- 3) Tentukan siapa yang menyediakan sumber kekuatan dan penyemangat terbesar selama pasien berada di rumah sakit
- 4) Mengkaji tujuan dan arti hidup
- 5) Mengkaji sumber daya batin pasien, bagaimana kekuatan saat merasakan krisis, bagaimana berdamai dengan diri sendiri dan dunia
- 6) Mengkaji keterkaitan atau hubungan dengan diri sendiri,Tuhan, orang lain dan alam
- 7) Mengkaji transendensi yaitu kemampuan untuk



melampaui batas pengalaman biasa, kemauan, mengatasi psikis dan kapasitas untuk mencapai kesehatan atau penyembuhan diri sendiri.

Menurut (Kozier B, 2004), pengkajian kebutuhan spiritual terdiri dari pengkajian riwayat keperawatan dan pengkajian klinik. Pada tahap pengkajian riwayat keperawatan pasien diberikan satu atau dua pertanyaan misalnya apakah “keyakinan dan praktek spiritual penting untuk anda sekarang?”, bagaimana perawat dapat memberikan dukungan spiritual kepada anda? . Pasien yang memperlihatkan kebutuhan spiritual yang tidak sehat yang beresiko mengalami distress spiritual, sehingga perlu dilakukan pengkajian spiritual lebih lanjut. Kozier menyarankan proses pengkajian spiritual sebaiknya dilakukan pada akhir proses pengkajian dengan alasan pada saat tersebut sudah terbangun hubungan saling percaya antara perawat dengan pasien. Untuk itu perlu bagi seorang perawat untuk mampu meningkatkan sensitivitasnya, dapat menciptakan suasana yang menyenangkan dan saling percaya, hal ini akan meningkatkan keberhasilan dalam proses pengkajian spiritual pasien. Pertanyaan yang diajukan pada pasien saat wawancara untuk mengkaji spiritual pasien antara lain : adakah praktik keagamaan yang penting bagi anda?, dapatkah anda menceritakannya pada saya?, bagaimana situasi yang dapat mengganggu praktik keagamaan anda?, bagaimana keyakinan anda bermanfaat bagi anda?, apakah cara-cara itu penting untuk kebaikan anda sekarang?, dengan cara bagaimana saya dapat memberi dukungan pada spiritual anda?, apakah anda menginginkan dikunjungi oleh pemuka agama di rumah sakit?, apa harapan-harapan anda dan sumber-sumber

kekuatan anda sekarang?, apa yang membuat anda merasa nyaman selama masa-masa sulit ini?.

Pengkajian klinik menurut (Kozier B, 2004) meliputi

- a) Lingkungan yaitu apakah pasien memiliki kitab suci atau dilingkungannya terdapat kitab suci atau buku doa lainnya, literatur-literatur keagamaan, penghargaan keagamaan, simbol keagamaan misalnya tasbih dan sebagainya diruangan? Apakah masjid atau gereja mengirimkan buletin atau bunga?
- b) Perilaku yaitu apakah pasien berdoa sebelum makan atau pada waktu lainnya atau membaca literatur keagamaan? Apakah pasien mengalami mimpi buruk dan gangguan tidur atau mengekspresikan kemarahan pada Tuhan?
- c) Verbalisasi yaitu apakah pasien menyebutkan tentang Tuhan atau kekuatan yang Maha Tinggi, tentang doa-doa, keyakinan, mesjid, gereja, kuil, pemimpin spiritual, atau topik-topik keagamaan? Apakah pasien menanyakan tentang kunjungan pemuka agama? Apakah pasien mengekspresikan ketakutannya akan kematian?
- d) Afek dan sikap yaitu apakah pasien menunjukkan tanda tanda kesepian, depresi, marah, cemas, apatis atau tampak tekun berdoa? Hubungan interpersonal yaitu siapa yang berkunjung? Apakah pasien berespon terhadap pengunjung? Apakah ada pemuka agama yang datang? Apakah pasien bersosialisasi dengan pasien lainnya atau staf perawat?

Pengkajian data objektif dilakukan perawat melalui observasi. hal-hal yang perlu diobservasi adalah apakah pasien tampak kesepian, depresi, marah, cemas, agitasi,

atau apatis? Apakah pasien tampak berdoa sebelum makan, membaca kitab suci, atau buku keagamaan? Apakah pasien sering mengeluh, tidak dapat tidur, mimpi buruk dan berbagai bentuk gangguan tidur lainnya, atau mengekspresikan kemarahannya terhadap agama? Apakah pasien menyebut nama Tuhan, doa, rumah ibadah, atau topik keagamaan lainnya? Apakah pasien pernah meminta dikunjungi oleh pemuka agama? Apakah pasien mengekspresikan ketakutannya terhadap kematian, konflik batin

tentang keyakinan agama, kepedulian tentang hubungan dengan Tuhan, pertanyaan tentang arti keberadaannya di dunia, arti penderitaan? Siapa pengunjung pasien? Bagaimana pasien berespon terhadap pengunjung? Apakah pemuka agama datang menjenguk pasien? Bagaimana pasien berhubungan dengan pasien yang lain dan dengan tenaga keperawatan? Apakah pasien membawa kitab suci atau perlengkapan sembahyang lainnya? Apakah pasien menerima kiriman tanda simpati dari unsur keagamaan?. Pengkajian spiritual pasien dimulai dari pasien atau keluarga pasien dengan cara mendengarkan dan melalui pengamatan termasuk interaksi pasien dengan perawat, keluarga dan pengunjung lainnya, pola tidur, gangguan fisik, dan tekanan emosional (Smyth, 2011).

Namun dalam beberapa situasi perawat bertanya lebih mendalam misalnya tentang pandangan spiritual pasien atau bagaimana pasien mengatasi suatu kondisi yang sedang dihadapi. Pada pasien tertentu perawat mengakui bahwa pengkajian spiritual dengan wawancara tidak perlu dilakukan, hanya melalui observasi saja, perawat berfikir pasien yang sekarat tidak etis untuk dilakukan wawancara.

Perawat dapat mengkaji dan memperoleh kebutuhan spiritual pasien jika komunikasi yang baik sudah terjalin antara perawat dan pasien, sehingga perawat dapat mendorong pasien untuk mengungkapkan hal-hal yang terkait kebutuhan spiritual (Sartori P, 2010).

b) Mermuskan diagnosa keperawatan

Peran perawat dalam merumuskan diagnosis keperawatan terkait dengan spiritual pasien mengacu pada distress spiritual yaitu spiritual pain, pengasingan diri (spiritual alienation), kecemasan (spiritual anxiety), rasa bersalah (spiritual guilt), marah (spiritual anger), kehilangan (spiritual loss), putus asa (spiritual despair) (O'Brien, 2010). Distres spiritual selanjutnya dijabarkan dengan lebih spesifik sebagai berikut:

1) Spiritual pain

Spiritual pain merupakan ekspresi atau ungkapan dari ketidaknyamanan pasien akan hubungannya dengan Tuhan. Pasien dengan penyakit terminal atau penyakit kronis mengalami gangguan spiritual dengan mengatakan bahwa pasien merasa hampa karena selama hidupnya tidak sesuai dengan yang Tuhan inginkan, ungkapan ini lebih menonjol ketika pasien menjelang ajal.

2) Pengasingan Diri (spiritual alienation)

Pengasingan diri diekspresikan pasien melalui ungkapan bahwa pasien merasa kesepian atau merasa Tuhan menjauhi dirinya. Pasien dengan penyakit kronis merasa frustrasi sehingga bertanya : dimana Tuhan ketika saya butuh Dia hadir?

3) Kecemasan (spiritual anxiety)

Dibuktikan dengan ekspresi takut akan siksaan dan

hukuman Tuhan, takut Tuhan tidak peduli, takut Tuhan tidak menyukai tingkahlakunya. Beberapa budaya meyakini bahwa penyakit merupakan suatu hukuman dari Tuhan karena kesalahan kesalahan yang dilakukan semasa hidupnya.

4) Rasa Bersalah (spiritual guilt)

Pasien mengatakan bahwa dia telah gagal melakukan hal-hal yang seharusnya dia lakukan dalam hidupnya atau mengakui telah melakukan hal-hal yang tidak disukai Tuhan.

5) Marah (spiritual anger)

Pasien mengekspresikan frustrasi, kesedihan yang mendalam, Tuhan kejam. Keluarga pasien juga marah dengan mengatakan mengapa Tuhan mengijinkan orang yang mereka cintai menderita.

6) Kehilangan (spiritual loss)

Pasien mengungkapkan bahwa dirinya kehilangan cinta dari Tuhan, takut bahwa hubungannya dengan Tuhan terancam, perasaan yang kosong. Kehilangan sering diartikan dengan depresi, merasa tidak berguna dan tidak berdaya.

7) Putus Asa (spiritual despair)

Pasien mengungkapkan bahwa tidak ada harapan untuk memiliki suatu hubungan dengan Tuhan, Tuhan tidak merawat dia. Secara umum orang-orang yang beriman sangat jarang mengalami keputusasaan.

Diagnosis keperawatan terkait kebutuhan spiritual menurut

NANDA (Judith M, 2012) antara lain:

- 1) Distress spiritual yang berhubungan dengan konflik nilai, isolasi oleh orang lain, rasa takut, terpisah dari komunitas

keagamaan,

- 2) Cemas yang berhubungan dengan ancaman kematian, perubahan status kesehatan,
- 3) Keputusan yang berhubungan dengan kehilangan keyakinan kepada Tuhan.

c. Menyusun rencana keperawatan

Rencana keperawatan membantu untuk mencapai tujuan yang ditetapkan dalam diagnosis keperawatan. Rencana keperawatan merupakan kunci untuk memberikan kebutuhan spiritual pasien dengan menekankan pentingnya komunikasi yang efektif antara pasien dengan anggota tim kesehatan lainnya, dengan keluarga pasien, atau orang-orang terdekat pasien. Memperhatikan kebutuhan spiritual pasien memerlukan waktu yang banyak bagi perawat dan menjadi sebuah tantangan bagi perawat disela-sela kegiatan rutin di ruang rawat inap, sehingga malam hari merupakan waktu yang disarankan untuk berkomunikasi dengan pasien (Govier, 2000).

Pada fase rencana keperawatan, perawat membantu pasien untuk mencapai tujuan yaitu memelihara atau memulihkan kesejahteraan spiritual sehingga kepuasan spiritual dapat terwujud. Rencanan keperawatan sesuai dengan diagnosis keperawatan berdasarkan NANDA (Judith M, 2012) meliputi :

- 1) Mengkaji adanya indikasi ketaatan pasien dalam beragama, mengkaji sumber-sumber harapan dan kekuatan pasien, mendengarkan pendapat pasien tentang hubungan spiritual dan kesehatan, memberikan privasi, waktu dan tempat bagi pasien untuk melakukan praktek spiritual, menjelaskan pentingnya hubungan dengan Tuhan, empati terhadap perasaan pasien, kolaborasi dengan pemuka agama, meyakinkan pasien bahwa perawat selalu mendukung pasien.
- 2) Menggunakan pendekatan yang menenangkan pasien, menjelaskan semua prosedur dan apa yang akan dirasakan pasien

selama prosedur, mendampingi pasien untuk memberikan rasa aman dan mengurangi rasa takut, memberikan informasi tentang penyakit pasien, melibatkan keluarga untuk mendampingi pasien, mengajarkan dan menganjurkan pasien untuk menggunakan tehnik relaksasi, mendengarkan pasien dengan aktif, membantu pasien mengenali situasi yang menimbulkan kecemasan, mendorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, dan persepsi.

- 3) Membantu pasien untuk beradaptasi terhadap perubahan atau ancaman dalam kehidupan, meningkatkan hubungan interpersonal pasien, memberikan rasa aman.

#### d. Implementasi keperawatan

Pada tahap implementasi, perawat menerapkan rencana intervensi dengan melakukan prinsip-prinsip kegiatan asuhan keperawatan. Membantu berdoa atau mendoakan pasien juga merupakan salah satu tindakan keperawatan terkait spiritual Islam pasien. Berdoa melibatkan rasa cinta dan keterhubungan. Pasien dapat memilih untuk berpartisipasi secara pribadi atau secara kelompok dengan keluarga, teman atau pemuka agama Islam. Pada situasi ini peran perawat adalah memastikan ketenangan lingkungan dan privasi pasien terjaga (Kozier B, 2004).

Keadaan sakit dapat mempengaruhi kemampuan pasien untuk berdoa. Pada beberapa rumah sakit pasien dapat meminta perawat untuk berdoa dengan mereka dan ada yang berdoa dengan pasien hanya bila ada kesepakatan antara pasien dengan perawat. Karena berdoa melibatkan perasaan yang dalam, perawat perlu menyediakan waktu bersama pasien setelah selesai berdoa, untuk memberikan kesempatan pada pasien untuk mengekspresikan perasaannya (Kozier B, 2004).

Menurut , perawat perlu juga merujuk pasien kepada pemuka agama. Rujukan diperlukan ketika perawat membuat diagnosis distress



spiritual, perawat dan pemuka agama dapat bekerjasama untuk memenuhi kebutuhan spiritual pasien. Implementasi perawat harus peduli, penuh kasih, gembira, ramah dalam berinteraksi, dan menghargai privasi.( Puchalski CM 2005).

e. Evaluasi

Untuk melengkapi siklus proses keperawatan spiritual pasien, perawat harus melakukan evaluasi yaitu dengan menentukan apakah tujuan telah tercapai. Hal ini sulit dilakukan karena dimensi spiritual yang bersifat subjektif dan lebih kompleks. Membahas hasil dengan pasien dari implementasi yang telah dilakukan tampaknya menjadi cara yang baik untuk mengevaluasi spiritual pasien (Sianturi, Nur, 2014).

Untuk melengkapi siklus proses keperawatan spiritual pasien, perawat harus melakukan evaluasi yaitu dengan menentukan apakah tujuan telah tercapai. Hal ini sulit dilakukan karena dimensi spiritual yang bersifat subjektif dan lebih kompleks. Membahas hasil dengan pasien dari implementasi yang telah dilakukan tampaknya menjadi cara yang baik untuk mengevaluasi perawatan spiritual pasien.(Govier., 2000)

Hasil penelitian Narayanasamy tentang respon spiritual pada tahun 2004 mengatakan bahwa pada tahap evaluasi perawat menilai bagaimana efek pada pasien dan keluarga pasien dimana diharapkan ada efek yang positif terhadap pasien dan keluarganya, misalnya pasien dan keluarganya mengungkapkan bahwa kebutuhan spiritual mereka terpenuhi, mengucapkan terimakasih karena sudah menyediakan pemuka agama. Evaluasi yang harus dilakukan perawat dalam proses asuhan spiritual menurut Potter dan Perry, 2012) yaitu:.

- 1) Review persepsi tentang kesehatan spiritual diri pasien
- 2) Review pandangan tujuan hidup pasien
- 3) Diskusikan hubungan pasien dengan keluarga dan rekan terdekat pasien



- 4) Tanyakan apakah harapan pasien terpenuhi

### **C, Pendekatan teori keperawatan yang digunakan**

Dalam perspektif keperawatan, manusia di pandang sebagai makhluk holistik, sehingga hirarki kebutuhan dasar manusia tidak cukup hanya dengan lima, seperti yang dipublikasikan Abraham Maslow pada tahun 1970 yaitu kebutuhan fisiologis, keselamatan, dan keamanan, mencintai dan dicintai, harga diri, serta kebutuhan aktualisasi diri, akan tetapi menjelang akhir hayatnya, Abraham Maslow menambahkan hierarki kebutuhan manusia yang keenam yaitu kebutuhan transsidental diri, dimana seseorang memerlukan adanya hubungan kedekatan dengan Tuhan. (Asmadi, 2008).

Teori Abraham Maslow hierarki yang ke enam sesuai dengan teori Virginia Handerson (Hidayat, 2008), dimana kebutuhan dasar manusia

terdiri atas 14 komponen yaitu:

- 1) Bernapas secara normal
- 2) Makan dan minum yang cukup
- 3) Eliminasi (buang air besar dan kecil)
- 4) Bergerak dan mempertahankan postur yang diinginkan
- 5) Tidur dan istirahat
- 6) Memilih pakaian yang tepat
- 7) Mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran normal dengan menyesuaikan pakaian yang dikenakan dan memodifikasi lingkungan.
- 8) Menjaga kebersihan diri dan penampilan
- 9) Menghindari bahaya dan lingkungan
- 11) Beribadah sesuai dengan agama dan kepercayaan
- 12) Bekerja sedemikian rupa sebagai modal untuk membiayai kebutuhan hidup.
- 13) Bermain atau berpartisipasi dalam berbagai kegiatan rekreasi.
- 14) Belajar, menemukan, atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah pada perkembangan yang normal, kesehatan, dan

penggunaan fasilitas kesehatan yang tersedia.

Berdasarkan komponen yang telah dikemukakan, diantaranya beribadah sesuai dengan agama dan kepercayaan, menunjukkan kebutuhan transendental diri merupakan puncak kesadaran eksistensi manusia dimana secara fitrah akan menyadari akan adanya Tuhan dan memerlukan pertolongan-Nya. Dengan demikian, individu yang telah mencapai level ini mengalami keseimbangan hidup di mana hidup bukan hanya sekedar pemenuhan jasmaniah semata, tetapi unsur rohani pun terpenuhi (Asmadi, 2008). sehingga dapat ditarik kesimpulan bahwa spiritualitas merupakan bagian inti dari individu melebihi keyakinan dan praktek beragama, yang berhubungan dengan keunikan individu dan menghubungkan jalan pikiran, tubuh, emosi, hubungan dengan orang lain dan dengan sesuatu di luar diri, serta merupakan proses aktif dan positif berkaitan dengan pencarian tujuan, makna, hidup, harapan dan prinsip hidup. (Qurana, 2012)

Keperawatan Spiritual merupakan bentuk pemberian asuhan keperawatan yang mana seorang perawat memberikan tindakan dalam pemenuhan kebutuhan Spiritual atau segala bentuk masalah yang telah terjadi terkait spiritual pasien. (Leeuwen, R. van, & Schep-Akkerman, 2015).

Dari uraian diatas dapat ditarik kesimpulan bahwa perawatan spiritual adalah praktek dan prosedur pelayanan keperawatan yang diberikan perawat dalam memenuhi kebutuhan spiritual pasien berlandaskan nilai-nilai keperawatan spiritual yang berfokus pada menghormati pasien, interaksi yang ramah dan simpatik, mendengarkan dengan penuh perhatian, memberi kesempatan kepada pasien untuk mengekspresikan kebutuhan pasien, memberikan kekuatan pada pasien serta memberdayakan mereka terkait dengan penyakit yang di alaminya.

### **C. Evidence base nursing (EBN)**

1. Pengertian Aplikasi Spiritual Islam Nursing Care (SINC)

merupakan aplikasi penuntun ibadah bagi pasien muslim. Aplikasi ini dapat digunakan oleh tenaga kesehatan khususnya perawat untuk membantu dalam menuntut pasien dalam arti memenuhi kebutuhan spiritual.

## 2. Tujuan

Untuk memberi penguatan spiritual terhadap pasien dan keluarganya melalui hubungan persahabatan, pendampingan motivasi.

## 3. Indikasi Dapat diberikan pada semua pasien yang dirawat inap.

## 4. Kontraindikasi Tidak ada efeksamping dalam pemeberian spiritual

## 5. Prosedur pemebrian SOP penggunaan SINC Untuk menggunakan aplikasi ini berikut langkah-langkah:

- a) Buka Google Playstore
- b) Lalu, masukkan kata kunci Spiritual Islamia nursing care.
- c) Pilih aplikasi SINC
- d) Klik Instal.
- e) Setelah tersinstal, klik buka.

Pada bagian dengan aplikasi saat setelah dibuka, akan muncul tampilan seperti di bawah ini, akan ada muncul Normal Rekam Medik untuk kemudian di isi bagi prngguna aplikasi, namun bila tidak memilki Normal Rekam Medik dapat langsung klik login.setalah anda logging akan terlihat banyak fitur yang terdapat dalam aplikasi seperti Dzikir, Shalat, Murrotal, Arah Kiblat, Thaharah, Doa-Doa, dan Hu Care. Anda dapat memilih hanya denga mengklik ikon fitur yang anda ingin gunakan. Salah satu fitur yang terdapat diantaranya:

### 1) Dzikirr

Dzikir ialah doa amaliah (praktis) dan setiap doa adalah

dzikir kepada Allah, karena di dalamnya terdapat penggunaan, pengenalan dan pengaduan serta permohonan kepada Allah (Visca Vitari. 2019). Pada aplikasi tersebut terdapat 2 pilihan yaitu:

a) Dzikir pagi (dzikir yang dibaca pada waktu pagi/ antara subuh hingga terbit matahari).

b) Dzikir petang (dzikir yang dibaca pada waktu petang/ antara ashar hingga terbenam matahari).

## 2) Sholat

Sholat merupakan kewajiban yang dilakukan umat muslim setiap hari minimal lima waktu sehari sebagai wujud rasa syukur dan keimanan kita kepada Allah SWT. Pada fitur sholat ini terdapat panduan tata cara sholat orang sakit dalam bentuk video yang disertai penjelasan dan langkah-langkahnya. Di fitur yang tersedia dapat membantu pasien dalam melaksanakan kegiatan spiritual ketika adanya keterbatasan mobilitas pada pasien.

## 3) Murottal,

Murottalal-Qur'an adalah rekaman suara al-Qur'an yang dilagukan oleh seorang Qori". Suara dapat menurunkan hormon-hormon stress, mengaktifkan endorfin alami, membuat perasaan menjadi rileks, dan dapat mengalihkan perhatian dari rasa takut, cemas, dan tegang, memperbaiki sistem memperbaiki sistem kimia tubuh sehingga mem kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah, memperlambat pernapasan, detak jantung, denyut nadi, dan aktifitas gelombang otak (Visca Vitari. 2019).

## 4) Arah Kiblat

Kiblat adalah arah penting umat muslim menghadapkan dirinya saat mendirikan ibadah shalat. Dalam shalat umat muslim diwajibkan menghadap ke arah kiblat yaitu Ka'bah

di Makkah al Mukarramah (Visca Vitari. 2019). Pada fitur ini terdapat kompas untuk memudahkan pasien dalam menentukan arah kiblat.

5) Thaharah

Tharahah diri dari hadats atau najis agar seseorang dapat melakukan ibadah. Thaharah adalah membersihkan diri dari hadat atau najis agar seseorang dapat melakukan ibadah (Visca Vitari. 2019).

Pada fitur ini terdapat dua pilihan:

- a) Tata cara tayyammun dalam bentuk video yang disertai penjelasan dan langkah-langkahnya.
- b) Tata cara wudhu dalam bentuk video yang disertai penjelasan dan langkah-langkah .

6) Doa-Doa

Doa-doa adalah salah satu saran untuk berkomunikasi antara hamba dengan Allah SWT dalam keadaan tertentu (Visca Vitari. 2019). Pada fitur ini terdapat beberapa doa-doa yang dapat menuntut pasien dalam berdoa untuk kesembuhan.

7) Hu Care adalah akronim dari Khusus Khatimah Care.

Khusus Khatimah adalah keadaan dimana seseorang hamba sebelum akhir hayatnya mendapatkan taufik guna menjahui segala sesuatu yang dibenci Allah, bertaubat dari segala perbuatan maksiat dan dosa serta bersegera melakukan amal kebajikan secara kontinyu hingga tarikan nafas terakhirnya. Care adalah perawatan terhadap pasien. Hu Care merupakan perpaduan konsep dari khusus khatim dan palliative care (Visca Vitari. 2019).

6. Kriteria evaluasi

Setelah dilakukan sprituaal dapat menurunkan kecemasan dan

kebutuhan spiritual terpenuhi.

### **3. Terapi dzikir**

#### **a. Pengertian terapi dzikir**

Zikir adalah salah satu ritual yang biasa dilakukan oleh umat islam yang dapat menimbulkan respon relaksasi dan memberikan efek terhadap kesehatan jangka panjang dan perasaan bahagia (Ibrahim, 2003). Zikir secara etimologi berasal dari bahasa Arab dzakara yang artinya menyebut, mengingat, memperhatikan, mengenang, mengambil pelajaran, mengenal, dan mengerti. Secara terminologi zikir dimaknai sebagai suatuamal ucapan melalui bacaan-bacaan tertentu untuk mengingat Allah SWT. Sa'id Ibnu Jubair ra dalam Askat (2003) menyatakan zikir adalah semua ketaatan yang diniatkan karena Allah SWT. Yang berarti tidak terbatas pada tasbih, tahlil, tahmid, dan takbir saja, melainkan semua aktivitas manusia yang diniatkan pada Allah SWT.

Beberapa adab atau tata krama dalam berdzikir adalah:

- 1) Dalam keadaan suci dan bersih
- 2) Didasari dengan niat untuk beribadah
- 3) Didahulu dengan memuji dan memohon ampunan kepada Allah SWT
- 4) Dilakukan dengan sopan dan tazhim
- 5) Tidak bercampur dalam kesyirikan
- 6) Dilakukan dengan penuh khusyu
- 7) Menangis ketika mengingat allah
- 8) Merendahkan suara

#### **b. Manfaat dzikir**

Zikir berarti mengingat Allah untuk membersihkan pikiran secara psikologis. Akal, rasa, dan jasad seakan

tenggelam dan terhisap kedalam qudrah dan iradah Allah SWT, sehingga terbebas dari segala ketakutan, kegelisahan, dan rasa sakit. Selanjutnya seseorang akan memperoleh rahmat-Nya berupa kedamaian, ketentraman, dan kebahagiaan, serta kesehatan dan kebugaran jasmani.

Tawakkal dan berserah diri kepada-Nya menimbulkan ketenangan batin dan ketenangan jiwa sehingga terhindar dari stress, rasa cemas, takut, dan gelisah (Zamry, 2012). Zikir dalam jangka panjang dan setiap hari membantu menonaktifkan gen yang memicu percepatan kematian sel dan peradangan. Ini adalah bukti menarik bagaimana doa dapat mempengaruhi fungsi tubuh pada tingkat yang paling dasar.

**c. Hubungan dzikir dan penyembuhan**

Apabila seseorang berzikir, maka ia sebenarnya memasukkan dan menghidupkan sifat-sifat dan asma-asma Allah yang mempunyai kekuatan tak terhingga dalam dirinya. Dengan demikian, dalam dirinya tumbuh suatu kekuatan spiritual yang mampu membantu jiwanya merasa tenang dan kembali seimbang. Keseimbangan dalam tubuh yang disebabkan adanya ketentraman jiwa bisa menormalkan fungsi organ tubuh seperti meningkatkan imunitas sehingga mampu menggerakkan suatu mekanisme internal untuk menyembuhkan penyakit. Oleh karena itu Allah memerintahkan untuk berzikir sebanyak-banyaknya (Mustofa, 2011).

**d. Tata cara dzikir**

Berikut akan di jelaskan tata cara dzikir mulai dari persiapan tempat, pasien, hingga bacaan dzikir yang di

gunakan:

1) Pemilihan tempat

Menurut Ibnu Abbas dalam saleh (2010) dzikir dapat dilakukan kapan saja dan dimana saja. Mesjid adalah tempat yang paling utama untuk berdzikir. Namun pada dasarnya dimanapun tempatnya berdzikir boleh dilakukan kecuali tertentu yang dilarang seperti di toilet. Tempat yang dianjurkan adalah tempat yang nyaman, sejuk dan beraroma segar.

2) Kata kunci

Kata kunci berupa menyebutkan Allah, Allah, Allah..., kemudian Allah akan mengaktifkan keimanan dan sekaligus menentramkan jiwa.

3) Atur posisi nyaman

Pada dasarnya respon dzikir dapat dibangkitkan dengan sikap duduk apapun selama tidak mengganggu konsentrasi. Pada prinsipnya, beragam posisi yang dikembangkan adalah merupakan upaya mencapai kekhusyukan dan mencegah agar jangan tertidur. (Zamry, 2012).

4) Pejamkan mata

Memejamkan mata dengan wajar dan rileks, dan hindari menutup mata kuat-kuat. Atau dapat juga dengan berdzikir di ruang yang gelap sehingga tidak perlu menutup mata sehingga konsentrasi tetap dapat terjaga.

5) Pertahankan sikap berserah diri

Sikap berserah diri (tawakkal) tanpa daya dan upaya (lahaula) merupakan aspek penting dalam membangkitkan respon dzikir. Jika muncul pikiran



atau perasaan yang mengganggu seperti terganggu oleh kebisingan dilingkungan sekitar dan rasa nyeri, maka petahankan sikap pasif, sampaikan dan serahkan semuanya kepada Allah.

6) Penetapan waktu

Dzikir dilakukan kapanpun dan dalam situasi apapun. Ada beberapa waktu yang paling baik untuk berdzikir yaitu, setelah sholat, ketikamendapat musibah, dan sepertiga malam (Amin & Al-Fandi). Menurut Zamry (2012) dzikir dilakukan minimal 21 menit dan maksimal tidak ada batasan waktu (lakukan semampunya) dua kali sehari (pagi dan sore) waktu yang baik untuk berdzikir adalah sebelum makan atau 2 jam setelah makan, karena selama berdzikir aliran darah disalurkan ke kulit, otot-otot lengan, kaki, dan otak serta menjauhkan dari perut.

**e. Langkah-langkah dzikir**

Sebelum melakukan dzikir:

- 1) Kondisikan lingkungan yang tenang
- 2) Berwudu dan tayamum
- 3) Gunakan pakaian penutup aurat
- 4) Hilangkan semua kekhawatiran duniawi, masalah dengan orang lain, dan perasaan negative dari pikiran anda.
- 5) Pilih posisi yang nyaman, seperti duduk dikursi, bersila, berbaring, atau seperti posisi shalat.
- 6) Tenangkan diri sampai benar-benar nyaman.
- 7) Pejamkan mata dengan santai, lidah ditekuk dan disentuh ke langit-langit, dan tarik

pusar kedalam perut serta fokuskan perhatian ke hati anda

- 8) Anda harus yakin bahwa zikir akan membuat batin menjadi tenang sehingga berpengaruh terhadap penurunan tekanan darah anda.

**Pelaksanaan:**

- 1) Niat
- 2) Posisi rileks
- 3) Nafas dalam (5 detik) dengan cara tarik nafas melalui hidung, tahan beberapa saat dan lepaskan melalui mulut dengan perlahan.
- 4) Mulailah melemaskan otot mulai dari kaki, betis, paha, perut dan pinggang. Kemudian diusul melemaskan kepala, leher, dan pundak dengan memutar kepala dan mengangkat pundak perlahan-lahan. Ulurkan kedua lengan dan tangan, kemudian kendurkan dan biarkan terkulai diatas lutut dengan tangan terbuka dalam pisis berdoa (jika posisi duduk).
- 5) Mulailah menyebutkan kata atau kalimat Allah....Allah....Allah (Sampai 500 kali) dalam hati dengan tenang secara perlahan dilanjutkan dengan bacaan zikir Al-baqiyyatush-Shalihah (tasbih subhanallah), tahmid (Alhamdulillah), takbir (Allahuakbar), tahlil (la ilaha ilallah), dan alhauqalah (la haula walaquwwata illah billah) masing-masing 33 kali.
- 6) Setelah berzikir, tutuplah dengan shalawat dan ucapkan al-hamdulillah, sadaqallahul-azhim. Tarik nafas dalam-dalam lalu tahan dirongga dada semampunya, lalu lepaskan sambil membaca surah al-fatihah. Buka mata

perlahan, lihat lingkungan sekitar anda dengan menggerakkan bola mata semampunya dan kemudian dengan pelan merubah posisi untuk mempertahankan kenyamanan.

- 7) Jika muncul rasa apapun, gambaran masa lalu atau suara masa lalu yang tidak nyaman, pasrah saja, terima atau lepaskan dengan ikhlas, jika ingi menangis, menangislah biarlah semua perasaan keluar dan biarkan beban terlepas. Bebaskan diri dari segala beban yang mungkin tersimpan di dalam diri. Kuncinya pasrah dan ikhlas.

#### **4. Terapi murottal**

##### **a. Defenisi murottal AL-Quran**

Murottal adalah rekaman suara al-Qur'an yang dilagukan oleh seorang qori'/pembaca al-Qur'an (Siswantinah, 2011). Bacaan al-Qur'an secara Murottal mempunyai irama yang konstan, teratur dan tidak ada perubahan yang mendadak. Tempo murottal al-Qur'an juga berada antara 60-70/menit, serta nadanya rendah sehingga mempunyai efek relaksasi dan dapat menurunkan stress dan kecemasan (Widyayarti, 2011)

##### **b. Manfaat terapi murottal**

Murottal mempunyai beberapa manfaat antara lain:

- 1) . Mendengarkan bacaan ayat-ayat al-Qur'an dengan tartil akan mendapatkan ketenangan jiwa
- 2) Lantunan al-Qur'an secara fisik mengandung unsur suara manusia, sedangkan suara manusia merupakan instrumen penyembuhan yang menakjubkan dan alat yang paling

mudah dijangkau. Suara dapat menurunkan hormon-hormon stress, mengaktifkan hormon endorphen alami, meningkatkan perasaan rileks, dan mengalihkan perhatian dari rasa akut, cemas dan tegang, memperbaiki system kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi, dan aktifitas gelombang otak. Laju pernafasan yang lebih dalam atau lebih lambat tersebut sangat baik menimbulkan ketenangan, kendali emosi, pemikiran yang lebih dalam dan metabolisme yang lebih baik.

- 3) Dengan terapi murottal maka kualitas kesadaran seseorang terhadap Tuhan akan meningkat, baik orang tersebut tahu arti al-Qur'an atau tidak. Kesadaran ini akan menyebabkan totalitas kepasrahan kepada Allah SWT, dalam keadaan ini otak pada gelombang alpha, merupakan gelombang otak pada frekuensi 7-14 Hz . ini merupakan keadaan energi otak yang optimal dan dapat menyingkirkan stress dan menurunkan kecemasan (Heru, 2008)

### **c. Mekanisme terapi murottal Al-Quran**

Murottal bekerja pada otak dimana ketika didorong

oleh rangsangan dari terapi murottal maka otak akan memproduksi zat kimia yang disebut zat neuropeptide. Molekul ini akan menyangkut ke dalam reseptor-reseptor dan memberikan umpan balik berupa kenikmatan dan kenyamanan. (Abdurrahman, 2008). Dengan mendengarkan ayat-ayat suci al-Qur'an, seorang muslim, baik mereka yang berbahasa arab maupun bukan, dapat merasakan perubahan fisiologis yang sangat besar. Secara umum mereka merasakan adanya penurunan depresi, kesedihan, dan ketenangan jiwa. (Siswantinah, 2011)

Murottal al-Qur'an adalah rekaman al-Qur'an yang dilagukan oleh seorang qor'i (Pembaca al-Qur'an). Murottal juga dapat diartikan sebagai lantunan ayat-ayat suci al-Qur'an yang dilagukan oleh seorang Qor'i direkam dan di perdengarkan dengan tempo yang lambat serta harmonis (Siswantinah, 2011). Murottal merupakan salah satu musik yang memiliki pengaruh positif bagi pendengarnya (Widayarti, 2011). Mendengarkan ayat-ayat al-Qur'an yang dibacakan dengan tartil dan benar akan mendatangkan ketenangan jiwa.

Lantunan 23 al-Qur'an secara fisik mengandung unsur suara manusia, sedangkan suara manusia merupakan instrumen penyembuhan yang menakjubkan dan alat yang paling mudah dijangkau. Suara dapat menurunkan hormon-hormon stress, mengaktifkan hormon endorphen alami, meningkatkan perasaan rileks, dan mengalihkan perhatian dari rasa takut, cemas dan tegang, memperbaiki system kimia tubuh sehingga menurunkan tekanan darah serta memperlambat pernafasan, detak jantung, denyut nadi, dan aktifitas gelombang otak. (Heru, 2008). Ini menunjukkan bahwa bacaan al-Qur'an dapat digunakan sebagai

perawatan koplementer karena dapat meningkatkan perasaan rileks (Eskandari, 2012)

Stimulant Murottal al-Qur'an dapat dijadikan alternatif terapi baru sebagai terapi relaksasi bahkan lebih baik dibandingkan dengan terapi audio lainnya karena stimulant al-Qur'an dapat memunculkan gelombang delta sebesar 63,11%. Terapi audio ini juga merupakan terapi yang murah dan tidak menimbulkan efek samping. (Abdurachman, 2008)



### BAB III

#### LAPORAN KASUS

#### A. M1 (Manusia Dan Ketenagaan)

##### 1. Pasien

Ruang Camar adalah ruang rawat inap kelas 2 dengan kapasitas 12 ruangan dengan 25 tempat tidur. Adapun rekapitulasi kunjungan rawat inap di Ruang Camar berdasarkan data adalah sebagai berikut:

**Tabel 1**  
**Rekapitulasi Kunjungan Rawat Inap**  
**di Ruang Camar Periode April-Juni Tahun 2021**

No	Uraian	Bulan			Total
		April	Mei	Juni	
1	Total dirawat	150	127	78	355
2	Hari rawat	560	546	365	1.471
	Hidup	148	127	77	352
	Mati	2	-	1	3

Sumber : Data sekunder

##### 2. Ketenagaan

- a. Karakteristik ketenagaan berdasarkan spesifikasi pekerjaan

**Tabel 2**  
**Distribusi Ketenagaan Berdasarkan Spesifikasi Pekerjaan**  
**di Ruang Camar Tahun 2021**

No	Spesifikasi Pekerjaan	Jumlah	Persen
1	Perawat	13	86,7
2	Cleaning Service	2	13,3
Jumlah		15	100

Sumber : Data Sekunder

Berdasarkan tabel di atas, sebagian besar (86,7%) ketenagaan di Ruang Camar adalah tenaga keperawatan dan selebihnya adalah Cleaning service.

b. Karakteristik ketenagaan berdasarkan tingkat pendidikan

**Tabel 3**  
**Distribusi Ketenagaan Berdasarkan Tingkat Pendidikan**  
**di Ruang Camar Tahun 2021**

No	Pendidikan	Jumlah	Persen (%)
1	Ners	6	40
2	Strata 1 (S1)	5	33,3
3	Diploma III (DIII)	2	13,35
4	SLTA	2	13,35
Jumlah		15	100

Sumber : Data Sekunder

Berdasarkan table di atas, sebagian besar ketenagaan di Ruang Camar berpendidikan Ners yaitu sebanyak (40%), Strata I (SI) sebanyak (33,3%), Diploma III (DIII) sebanyak (13.35 %), dan (13,35 %) berpendidikan SLTA dengan profesi cleaning service .

c. Karakteristik tenaga keperawatan berdasarkan tingkat pendidikan

**Tabel 4**  
**Distribusi Tenaga Keperawatan Berdasarkan Tingkat**  
**Pendidikan**  
**di Ruang Camar Tahun 2021**

No	Tingkat Pendidikan	Jumlah	%
1	Ners	6	46,15
2	Starata I (S1)	5	38,46
3	Diploma III (DIII)	2	15,39
Jumlah		13	100

Sumber : Data Sekunde

Berdasarkan tabel di atas, sebagian besar tenaga keperawatan di Ruang Camar berpendidikan Ners sebanyak (46,15 %), Strata 1 (30,76 %), dan Diploma III (23,09 %).



- d. Karakteristik tenaga keperawatan berdasarkan masa kerja

**Tabel 5**  
**Distribusi Tenaga Keperawatan Berdasarkan Masa Kerja**  
**di Ruang Tahun 2021**

No	Masa Kerja	Jumlah	%
1	> 5 tahun	9	69,23
2	< 5 tahun	4	30,77
Jumlah		13	100

Sumber : Data Sekunder

Berdasarkan tabel di atas, sebagian besar (69,23%) tenaga keperawatan di Ruang Camar memiliki pengalaman kerja > 5 tahun.

- e. Karakteristik tenaga keperawatan berdasarkan Diklat yang diperoleh

**Tabel 6**  
**Distribusi Tenaga Keperawatan Berdasarkan Diklat yang**  
**Diperoleh**  
**di Ruang Camar Tahun 2021**

No	Diklat	Jumlah	%
1	Pernah diklat	7	60
2	Tidak pernah diklat	6	40
Jumlah		13	100

S

Sumber : Data Sekunder

Berdasarkan tabel di atas, sebanyak (60%) tenaga keperawatan di Ruang Camarsudah pernah memperoleh pendidikan atau pelatihan tambahan(perawatan luka, BTCLS, dan lain-lain).

Berdasarkan data wawancara, perawat mengatakan bahwa sudah pernah mengikuti diklat atau pelatihan baik yang difasilitasi oleh rumah sakit ataupun pelatihan secara mandiri. Perawat tetap

diberikan haknya jika ingin mengikuti pelatihan diluar ataupun melanjutkan studinya.

f. Analisis kebutuhan tenaga keperawatan di Ruang

Analisa kebutuhan tenaga perawat di Ruang berdasarkan Rumus Gillies adalah sebagai berikut :

Rumus Gillies

$\Sigma \text{ jam kep yg dibutuhkan klien/hr} \times \text{rata-rata klien/hr} \times \Sigma \text{ hr/tahun}$

$\Sigma \text{ hr/tahun} - \text{hr libur perawat} \times \Sigma \text{ jam kerja/hari}$

$= \frac{\Sigma \text{ jam kep yg dibutuhkan klien / tahun}}{\Sigma \text{ jam kerja / tahun}}$

$\Sigma \text{ jam kerja / tahun}$

Waktu perawatan langsung

No	Kategori	Rata-rata Pasien/hari	Rata-rata Jam Perawatan/hari	Jumlah Jam Perawatan/hari
1	Minimal Care	4	2	8
2	Partial Care	11	3	33
3	Total Care	2	4	8
<b>Jumlah</b>		<b>17</b>	<b>9</b>	<b>49</b>

Waktu perawatan tak langsung : 38 menit X 17 = 10,7 jam

Waktu Penyuluhan : 15 menit X 17 = 4,25 jam

Jumlah jam perawatan perhari = 49 + 10,7 + 4,25 = 63.95

Jumlah kebutuhan tenaga perawat adalah

$$\frac{63.95 \times 365}{365 - (52+12+14) \times 7} = \frac{23.323,5}{2009} = 11,6$$

Antisipasi cuti, sakit dan lain-lain ditambah 25% = 2,9

Maka jumlah perawat yang dibutuhkan adalah :

= 11,6 + 2,9 + 3 (Karu + 2 Katim) = 17,5

= 17 orang

Berdasarkan data perhitungan ketenagaan menurut Gilles diatas menunjukkan bahwa diruang Camar membutuhkan 17 tenaga perawat

secara keseluruhan. Namun saat ini, tenaga perawat di ruang kamar memiliki 13 tenaga perawat, sehingga masih membutuhkan 4 tenaga perawat di ruang tersebut.

**Kesimpulan:**

1. Tenaga keperawatan di Ruang Kamar terdiri dari Ners (46,15 %), S1 (38,46 %), dan DIII (15,09 %).
2. 69,23% tenaga keperawatan di Ruang Kamar memiliki pengalaman kerja > 5 tahun.
3. Setiap ketenagaan diberikan kebebasan jika ingin melanjutkan study atau mengikuti pelatihan
4. Jumlah tenaga keperawatan jika dibandingkan dengan hasil perhitungan menurut rumus Gillies masih kurang.
5. Sebanyak (60%) tenaga keperawatan di Ruang Kamar sudah pernah memperoleh pendidikan atau pelatihan tambahan (perawatan luka, BTCLS, dan lain-lain).

**B. M2 (Material, Sarana dan Prasarana)**

No	Pertanyaan	Jawaban
1	Apakah lokasi dan denah ruangan anda sudah baik?	Belum
2	Apakah anda berencana untuk merenovasi ruangan? Jika ya, ruangan apa?	Ya, ruangan perawat dan ruang kepala ruangan serta ruang sentralisasi obat akan lebih rapi jika ditata kembali. Dan denah ruang perawatan atau kamar pasien sudah tertata dengan baik tetapi akan lebih baik jika diurutkan untuk penempatan nomor ruangnya agar tidak sulit untuk mencari kamar pasien
3	Apakah peralatan ruangan anda sudah lengkap untuk merawat pasien?	Untuk alat kesehatan yang besar sudah lengkap seperti nebulizer, EKG dll tetapi untuk alat kesehatan yang kecil seperti set GV belum terlalu lengkap
4	Apakah anda berencana menambah peralatan perawatan?	Sebaiknya ditambahkan alat set GV, karena di ruang kamar banyak klien yang perlu dilakukan tindakan GV namun alat set GV masih belum lengkap
5	Apakah Jumlah alat yang	Belum sesuai dengan rasio pasien

	tersedia sesuai dengan rasio pasien?	
6	Apakah fasilitas diruangan anda sudah lengkap untuk perawatan pasien ?	Belum terlalu lengkap, dalam kondisi covid 19 alangkah lebih baik jika disediakan handsanitizer didepan masing ruang perawatan kemudian disediakan juga wastafel di ruang camar untuk perawat agar lebih memudahkan untuk mencuci tangan setelah tindakan keperawatan
7	Apakah semua perawat mengerti cara menggunakan semua alat-alat perawatan ?	Ya perawat diruang camar megerti
8	Apakah administrasi penunjang yang dimiliki telah memadai?	Ya, sudah cukup memadai

### 1. Denah Ruang Camar

						VIP II			
						VIP I			
Teras	Teras	Teras	Teras	Teras		R. obat	R. Adm & linen		W C
K.9	K.8	K.	K. 10			Ners station		R. Karu	
T a n g g a	K. 11		K.6	K. 5	K.4	K. 3	K. 2	K.1	Gudang
	Teras	Teras	Teras	Teras	Teras	Teras	Teras	Teras	K.12

Berdasarkan hasil observasi terhadap situasi lingkungan Ruang Camar dapat disampaikan bahwa:

- a. Pencahayaan : Terang disemua ruang biasa digunakan untuk membaca,  
cukup sinar matahari masuk melalui teras belakang
- b. Ventilasi : tidak ada ventilasi karena ruangan menggunakan AC, tetapi udara masuk melalui pintu teras dibelakang kamar
- c. Lantai : Lantai keramik, bersih dan kering
- d. Atap : Rapat / tidak bocor, bagian dalam bersih
- e. Dinding : Kuat, tidak retak dan bersih
- f. Saranah air bersih : Tersedia
- g. Pembuangan air limbah : Lancar
- h. Tempat sampah : tempat sampah medis dan non medis serta safety box  
terpisah

## 2. Kapasitas Ruang Kamar

Ruang kamar memiliki 28 kapasitas tempat tidur dengan klasifikasi :

- a) 2 tempat tidur di kamar 1
- b) 2 tempat tidur di kamar 2
- c) 2 tempat tidur di kamar 3
- d) 2 tempat tidur di kamar 4
- e) 2 tempat tidur di kamar 5
- f) 2 tempat tidur di kamar 6
- g) 2 tempat tidur di kamar 7
- h) 2 tempat tidur di kamar 8
- i) 2 tempat tidur di kamar 9
- j) 2 tempat tidur di kamar 10
- k) 3 tempat tidur di kamar 11
- l) 3 tempat tidur di kamar 12
- m) 1 tempat tidur di kamar VIP I
- n) 1 tempat tidur di kamar VIP II

## 3. Fasilitas untuk petugas

- a) Ruang nurse station
- b) Kamar mandi + WC
- c) Ruang administrasi dengan computer + akses internet
- d) Ruang kepala ruangan

#### 4. Fasilitas Alat Kesehatan

No	Fasilitas dan alat kesehatan	Jumlah
1	Suction	1
2	Kursi Roda	1
3	Torniket	1
4	Tensi meter	1
5	Stetoskop dewasa	3
6	Stetoskop anak	-
7	Pinset anatomis	1
8	Pinset sirurgis	-
9	Gunting perban	-
10	Niar beken	1
11	Bak instrument	1
12	Kom kecil	1
13	Kom besar	-
14	Gunting jaringan	-
15	Tromol kassa besar	-
16	Tromol kassa kecil	1
17	Pot urinal	1
18	Pispot	1
19	Standar infus	24
20	Termometer digital	1
21	Brancar	-
22	Timbangan	2
23	Bak spuit kecil	1
24	Dorongan instrument	2
25	Ambubek	-
26	Gunting heakting	1
27	Nebu	2
28	Korentang	1
29	O2	1
30	GDS	1
31	EKG	1

Berdasarkan hasil wawancara, masih ada beberapa sarana dan prasarana serta fasilitas yang belum ada di Ruang Camar sehingga

terkadang menghambat pelaksanaan tindakan keperawatan yang akan dilakukan seperti perawatan luka. dan observasi terkait material serta sarana dan prasarana, maka ditemukan bahwa masih ada beberapa sarana dan prasarana terkait kelengkapan ruangan seperti struktur organisasi yang belum diperbaharui, tidak adanya tempat cuci tangan (wastafel), ataupun botol antiseptic yang masih kurang, serta papan daftar pasien. Kemudian untuk fasilitas kesehatan masih ada beberapa alat yang belum lengkap seperti Set perawatan luka.

#### **Kesimpulan:**

- Masih ada beberapa sarana dan prasarana terkait kelengkapan ruangan yang belum terpenuhi seperti struktur organisasi yang belum diperbaharui, tidak adanya tempat cuci tangan (wastafel), ataupun botol antiseptic yang masih kurang serta papan daftar pasien
- Fasilitas kesehatan masih ada beberapa alat yang belum lengkap seperti Set perawatan luka.

### **C. M3 (Metode)**

#### **1. Visi dan Misi**

- a. Visi dan Misi Rumah Sakit Bhayangkara Makassar

##### **Visi:**

Menjadi Rumah Sakit Bhayangkara terbaik dikawasan timur Indonesia dan jajaran polri, dengan pelayanan prima dan mengutamakan penyembuhan serta terkendali dalam pembiayaan.

##### **Visi:**

1. Menyelenggarakan pelayanan kesehatan yang prima dengan meningkatkan kualitas disegala bidang pelayanan kesehatan, termasuk didalamnya menyelenggarakan kegiatan kedokteran kepolisisan (kedokteran forensic, perawatan tahanan, kesehatan

kamtibmas, dan DVI) baik kegiatan operasional, pembinaan keitraan, maupun pendidikan dan latihan.

2. Menyelenggarakan perencanaan, pengorganisasian, pelaksanaan dan pengawasan anggaran secara transparan dan akuntabel
3. Meningkatkan kualitas sumber daya manusia yang profesional, bermoral, dan memiliki budaya organisasi sebagai pelayan prima.
4. Mengelola seluruh sumber daya secara efektif, efisien, dan akuntabel guna mendukung pelaksanaan tugas pembinaan maupun operasional Polri.

b. Visi dan Misi Ruang Camar

**Visi:**

Menjadikan ruang perawatan dengan pelayanan yang terbaik Di Rumah Sakit Bhayangkara Makassar.

**Misi:**

1. Menyelenggarakan pelayanan keperawatan yang professional
2. Menyelenggarakan perencanaan, pengorganisasian, pelaksana, dan pengawasan dalam bidang keperawatan.
3. Meningkatkan kualitas Sumber Daya Manusia (SDM) yang jujur, tanggung jawab, visioner, disiplin, kerja sama, adil dan peduli.

**2. MAKP**

No	Pertanyaan	Jawaban
a.	Model asuhan keperawatan yang digunakan	
	1. Apakah model asuhan keperawatan yang digunakan perawat di ruangan saat ini ?	Model asuhan keperawatan yang digunakan di ruangan camar RSUD Bhayangkara adalah Model asuhan keperawatan TIM
	2. Apakah anda mengerti dengan model asuhan	Iya



	keperawatan yang digunakan saat ini ?	
	3. Menurut anda, apakah model tersebut cocok digunakan di ruangan anda ?	Iya, cocok digunakan di ruangan kamar
	4. Apakah model yang digunakan sesuai dengan visi dan misi ruangan ?	Iya, sangat sesuai
b. Efektifitas dan efisiensi model asuhan keperawatan.		
	1. Apakah dengan menggunakan model saat ini menjadikan lama rawat inap bagi pasien semakin pendek ? rata-rata berapa hari ?	Iya, rata-rata pasien dirawat paling lama 7 hari dan paling cepat 3 hari.
	2. Apakah terjadi peningkatan kepercayaan pasien terhadap ruangan ?	iya
	3. Apakah model yang digunakan saat ini tidak menyulitkan dan memberikan beban berat kerja bagi anda ?	Tidak
	4. Apakah model saat ini tidak memberatkan dalam pembiayaan ?	Tidak
	5. Apakah model yang digunakan mendapat banyak kritikan dari pasien terhadap ruangan	Tidak, pasien merasa puas dan nyaman
c. Pelaksanaan model asuhan keperawatan.		
	1. Apakah telah terlaksana komunikasi yang adekuat antara perawat dan tim kesehatan lain ?	Iya, komunikasi antar tim pelayanan kesehatan sangat bagus, baik itu perawat sama perawat, perawat pengelola sama ketua tim dan sesama petugas kesehatan lainnya
	2. Apakah kontinuitas rencana keperawatan terlaksana ?	Iya
	3. Apakah anda (PP/PA) sering mendapat teguran dari ketua tim ?	Tidak pernah
	4. Apakah anda menjalankan kegiatan sesuai standar ?	Iya, sesuai SOP RS
d. Tanggungjawab dan pembagian tugas		
	1. Apakah job description untuk anda selama ini sudah jelas ?	Iya,
	2. Jelaskan tugas anda sesuai dengan model asuhan keperawatan yang saat ini digunakan ruangan ?	Saya bertugas sebagai perawat pelaksana dan saya bertugas
	3. Apakah anda mengenal atau mengetahui kondisi pasien dan dapat menilai tingkat kebutuhan ?	Iy

Model asuhan keperawatan yang digunakan di ruangan Kamar RSUD Bhayangkara menggunakan model TIM, dimana Metode tim merupakan metode pemberian asuhan keperawatan dimana seorang perawat profesional memimpin sekelompok tenaga keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan pada sekelompok pasien melalui upaya kooperatif dan kolaboratif. Pada saat wawancara perawat sudah mengerti dan memahami model asuhan yang digunakan di ruangannya dan sesuai dengan visi misi di RSUD Bhayangkara.

Efektifitas dan efisiensi metode yang digunakan di ruang kamar menjadikan rawat inap bagi pasien minimal care selama 3 hari dan parsial care selama 2 sampai 7 hari. Model yang digunakan bagi perawat dan tenaga kesehatan tidak menyulitkan, tidak memberatkan dalam pembiayaan dan metode TIM ini tidak mendapatkan kritikan pasien.

Komunikasi sesama tenaga kesehatan di ruangan kamar sudah bagus dan baik, baik itu perawat dengan kepala ruangan dan tenaga kesehatan lainnya, sehingga kontinuitas rencana keperawatan terlaksana dengan baik dan sesuai SOP.

Diruang kamar terdiri dari 2 kelas, yakni kelas 2 dan kelas 3. Dimana kelas 2 ada 10 ruangan dan kelas 3 ada 2 ruangan. Sedangkan pembagian pasien untuk Tim 1 bertanggung jawab untuk kamar 1 sampai kamar 6 dan kamar 11. Sedangkan Tim 2 bertanggung jawab untuk kamar 7 sampai 10 dan kamar 12. Tersedia buku laporan pasien untuk 2 Tim yang diisi lengkap tiap shift yang berisi keadaan umum, pemenuhan KDM, terapi tindakan yang sudah dan akan dilakukan pada shift berikutnya. Juga tersedia buku TPRS, buku terapi dan buku visite untuk 2 tim. Sehingga perawat dan tenaga kesehatan lainnya mengetahui kondisi pasien dan menilai tingkat kebutuhannya.

### **3. Penerimaan pasien baru**

Berdasarkan hasil observasi dan wawancara pada tanggal kepala ruangan bahwa dilakukan orientasi pada pasien baru dimana pasien di perkenalkan dengan dokter dan perawat yang merawat, ruangan tetapi yang diorientasi adalah keluarga pasien. Kemudian perawat Menyiapkan hal-hal yang diperlukan dalam penerimaan pasien baru diantaranya lembar pasien masuk RS, lembar pengkajian, lembar *informed consent*), status pasien, lembar tata tertib pasien, lembar kepuasan pasien,.

### **4. Overan**

Dalam daftar dinas di Ruang Camar terbagi menjadi 2 tim. Tim A terdiri dari Katim 1 orang dan anggota tim 5 orang, dan Tim B terdiri dari Katim 1 orang dan anggota tim 5 orang.

Jadwal shift di Ruang Camar setiap hari terbagi menjadi 3 shift, yaitu shift pagi dari jam 07.00 WIB – 14.00 WIB, shift sore dari jam 14.00 WIB -21.00 WIB dan shift malam dari jam 21.00 WIB – 07.00 WIB. Kemudian overan jaga dilakukan tepat waktu saat pergantian shift sebanyak 3 yaitu saat pergantian shift pagi ke shift siang, saat shift siang ke shift malam dan saat shift malam ke shift pagi. Hand over tidak dilanjutkan ke pasien, ketika ada pergantian shift sore ke shift malam jarang dilakukan hand over

### **5. Pre dan Post Conference**

Berdasarkan hasil wawancara kepada kepala ruangan Camar bahwa pelaksanaan pre dan post conference sangat jarang dilakukan dengan alasan bahwa perawat yang ada di ruangan sangat sibuk dan banyaknya jumlah pasien sehingga setelah overran, perawat langsung menjalankan tugas masing-masing.

Berdasarkan data observasi selama 2 pekan, perawat di ruang camar tidak pernah melakukan pre dan post conference. Mereka hanya

melakukan overran dan lanjut melaksanakan tugas pemberian asuhan keperawatan.

#### **6. Ronde Keperawatan**

Berdasarkan data observasi selama 3 hari terakhir, di Ruang Camar sudah pernah melakukan ronde keperawatan sebelum pandemi, akan tetapi saat pandemikbelum pernah dilakukan. Berdasarkan hasil wawancara seluruh perawat telah memahami terkait ronde keperawatan dan untuk di Ruang camar itu sendiri telah mendukung pelaksanaan ronde keperawatan, namun sifatnya situasional jika ada kasus yang memang dibutuhkan diadakannya ronde untuk membahas kasus tersebut. Kemudian untuk saat ini di Ruang Camar belum terbentuk Tim Ronde Keperawatan karena telah dilakukan mutasi atau perombakan structural.

#### **7. Sentralisasi Obat**

Berdasarkan hasil wawancara dengan perawat di ruang camar, secara umum telah mengetahui terkait sentralisasi obat. Setelah dilakukan observasi diruang camar terdapat satu ruang sentralisasi obat dan alur pelaksanaannya dilaksanakan dengan maksimal. Adapun alur sentralisasi obat yaitu obat yang diresepkan oleh dokter akan diantar ke apotik rawat inap oleh keluarga pasien, kemudian setelah itu obat akan disimpan di ruang obat dalam kotak kecil sesuai nama pasien, kemudian perawat memisahkan semua kepemilikan obat pasien seta memberi etiket dan alamat pada obat-obat pasien. Semua perawat diruangan telah diberi wewenang untuk mengurus sentralisasi obat.

Dari hasil pengkajian perawat telah menyiapkan format daftar pengadaan tiap-tiap macam obat baik itu obat oral, injeksi, sipositoria, infus, insulin dan obat gawat darurat. Sebelum obat diberikan ke pasien, perawat diruang camar menginformasikan

jumlah kepemilikan obat yang akan digunakan serta format jenis obat sebelum obat itu diberikan kepada pasien.

## **8. Supervisi**

Berdasarkan hasil wawancara ditemukan bahwa supervisi dilakukan langsung oleh bagian bidang keperawatan kepada kepala ruangan dan ketua tim. Kemudian selanjutnya ketua tim melakukan supervisi kepada perawat pelaksana yang kemudian hasilnya disampaikan kepada kepala ruangan dan seluruh anggotanya untuk dijadikan sebagai dokumentasi. Secara umum perawat di Ruang Camar telah mengerti dan memahami terkait supervise dan pelaksanaan supervise di ruangan.

## **9. Perencanaan Pulang**

Berdasarkan pengkajian yang dilakukan bahwa perawat telah memahami apa yang harus di persiapkan dan bagaimana cara melakukan perencanaan pulang pasien yaitu dengan memberikan penjelasan mengenai penyakit pasien, pemberian obat, aktifitas dan perawatan sehari-hari, pemberian nutrisi yang tepat, pemeriksaan lanjutan setelah pasien diperbolehkan pulang semua ini bertujuan untuk mempertahankan status kesehatan klien setelah di rumah. Bahasa yang di gunakan menyesuaikan dengan kondisi pasien dari segi asal, usia dan pendidikan pasien.

Semua perawat juga bersedia melakukan perencanaan pulang pasien dengan cara menyesuaikan kondisi yang ada, hanya dilakukan saat pasien ingin pulang dan dalam pemberian perencanaan pulang belum terdapat media seperti brosur/ leaflet. Lebih baiknya saat di lakukan perencanaan pulang terdapat pemberian brosur/ leaflet sesuai kebutuhan pasien, agar pasien dapat membaca dan mengingat kembali apa yang sudah di jelaskan oleh perawat setelah di rumah.

## **10. Pendokumentasian**

Format pendokumentasian yang diterapkan di Ruang Camar Lt.III RS Bhyangkara merupakan format yang sudah baku, yaitu menggunakan model integrasi atau SOAP, dengan adanya format baku yang diterapkan ini sangat membantu memudahkan pekerjaan perawat dalam melakukan pengkajian pada pasien. Adapun hasil evaluasi pendokumentasian asuhan keperawatan terhadap beberapa sampel status pasien, sebagai berikut

No	Aspek yang dinilai	Nilai(%)
1	Pengkajian	89
2	Diagnosa keperawatan	67,5
3	Perencanaan	87
4	Implementasi	83,5
5	Evaluasi	83,5

a. Pengkajian

Berdasarkan hasil observasi terhadap sebagian sampel status pasien pada lembar pengkajian diruang camar didapatkan data-data yang sudah sesuai dengan format pengkajian dengan persentase (89 %), serta data-data yang belum lengkap dengan persentase (11%), maupun masalah-masalah yang didapatkan dari hasil pengkajian pada pasien.

b. Diagnosis keperawatan

Berdasarkan hasil observasi pada sebagian sample status pasien ditemukan diagnosis keperawatan yang sudah sesuai baik bio,psiko,social berdasarkan tanda dan gejala pasien,namun belum didapatkan diagnosis piritual. Ada pun data diagnosis keperawatan yang sudah sesuai dengan persentase mencapai (67,5%).

c. Perencanaan

Pada lembar perencanaan yang dibuat perawat mampu memformulasikan diagnosis keperawatan dengan memilih

sekumpulan tindakan untuk menolong pasien dan mempertahankan derajat kesehayan yang optimal.dari hasil observasi kami di ruang camar tingkat kesesuaian data dengan mencapai (87%).

d. Implementasi

Berdasarkan observasi yang didapatkan pada lembar implementasi didapatkan sesuai dengan tindakan yang telah direncanakan mencapai persentaseb(83,5%) dan sesuai dengan kondisi pasien.

e. Evaluasi

Berdasarkan hasil obserrvasi dari segi evaluasi memakai SOAP dengan persentase kelengkapan data mencapai(83,5%).

Berdasarkan data pada table diatas, menunjukkan bahwa seluruh proses pendokumentasian asuhan keperawatan sudah baik namun masih ada yang belum lengkap.

Penerapan sistem dokumentasi keperawatan di ruangan Camar Lt.III dapat dikatakan sudah sangat baik, berdasarkan hasil pendataan yang telah dilakukan menunjukkan bahwa setiap perawat telah mengerti cara pengisian dokumentasi keperawatan dan telah melakukan dokumentasi keperawatan dengan tepat dan benar. Ditambah lagi perawat mengisi pendokumentasian di komputer. Meski demikian sebagian kecil ditemukan bahwa adanya model dokumentasi yang digunakan ini dapat menambah beban kerja perawat dan menyita banyak waktu, alasannya adalah jumlah pasien dengan tenaga perawat saat melakukan proses keperawatan kadang tidak seimbang sehingga mampu mempengaruhi beban kerja perawat.

**Kesimpulan:**

1. Model asuhan keperawatan di Ruang Camar menggunakan model asuhan keperawatan TIM
2. Visi misi ruangan belum tersosialisasikan dengan baik
3. Perawat ruang camar terbagi menjadi 2 tim yaitu Tim A dan Tim B
4. Overan jaga terbagi menjadi 3 yaitu saat pergantian shift pagi ke shift siang, saat shift siang ke shift malam dan saat shift malam ke shift pagi.
5. Ronde keperawatan bersifat situasional
6. Perencanaan pulang dipersiapkan/dituliskan mulai dari pasien masuk ke rumah sakit sampai dengan pasien ingin dipulangkan.
7. Pendokumentasian Ruang Camar sudah tergolong baik

#### **D. M4 (Money)**

- a. Jenis-jenis tindakan beserta tarifnya :

No	Jenis Tindakan Keperawatan	Tarif
1	Pasang infus	Rp. 40.000
2	Aff infus	Rp. 18.750
3	Injeksi/pasien	Rp. 6.250
4	TTV/tindakan	Rp. 10.000
5	Asuhan keperawatan kelas 2	Rp. 30.000
6	Perbaikan infus	Rp. 15.000
7	Ganti cairan	Rp. 10.000
8	Pasang NGT	Rp. 65.000
9	Pasang kateter	Rp. 50.000
10	Aff kateter	Rp. 18.750
11	Transfusi darah	Rp. 10.000
12.	GDS	Rp. 25.000
13.	Skin test	Rp. 20.000

- Penyediaan kebutuhan bahan habis pakai di ruangan dapat langsung diperoleh melalui amperahan permintaan barang ke apotik.
- Sebagian besar kebutuhan ruangan sudah terpenuhi



- Penyediaan alat atau fasilitas ruangan dapat dilakukan melalui prosedur permintaan barang yang diajukan ke bagian administrasi Rumah Sakit

#### **E. M5(Marketing/Mutu)**

Dari hasil pengkajian kepada 14 pasien, perawat dalam melakukan tindakan keperawatan menerapkan komunikasi terapeutik kepada pasien, namun belum maksimal karena sebelum melakukan tindakan perawat jarang memperkenalkan diri terlebih dahulu dengan pasien. Kemudian untuk penerapan pasien safety, perawat telah melaksanakan dengan baik dengan melakukan tindakan dengan hati-hati dan selalu memperhatikan keadaan pasien. Saat melakukan tindakan perawat selalu tampil percaya diri dengan tindakan yang akan dilakukan dan setelah melakukan tindakan perawat menanyakan keadaan pasien dan selalu menanyakan perasaan pasien saat proses tindakan berlangsung, serta terkadang saat melakukan tindakan perawat sembari memberi motivasi ke pasien misalnya pasien yang dianjurkan untuk beraktivitas seperti berjalan untuk mempercepat proses penyembuhan perawat menjelaskan apa dampaknya serta manfaatnya jika dilakukan. Selanjutnya, untuk pengendalian infeksi, perawat selalu menjaga kebersihan rumah sakit, namun masih ada beberapa sarana dan prasarana pendukung yang belum ada sehingga untuk pelaksanaan pengendalian infeksi belum maksimal.

#### **Kesimpulan:**

1. Perawat dalam melakukan tindakan keperawatan menerapkan komunikasi terapeutik kepada pasien, namun belum maksimal
2. Untuk penerapan pasien safety, perawat telah melaksanakan dengan baik dengan melakukan tindakan dengan hati-hati dan selalu memperhatikan keadaan pasien.
3. Untuk pengendalian infeksi, perawat selalu menjaga kebersihan rumah sakit, namun masih ada beberapa sarana dan prasarana pendukung

yang belum ada sehingga untuk pelaksanaan pengendalian infeksi belum maksimal

#### **E. Pengkajian Kebutuhan Spiritual**

Keperawatan memandang manusia merupakan makhluk yang unik dan kompleks yang terdiri atas berbagai dimensi meliputi dimensi biologis, psikologis, sosial kultural dan spiritual sehingga dalam pemberian asuhan keperawatan, perawat harus melakukan hubungan profesionalisme tanpa melakukan perbedaan. Perawat sebagai tenaga kesehatan yang profesional memiliki kesempatan yang paling besar untuk memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif dengan membantu klien untuk memenuhi kebutuhan dasar yang holistik yaitu bio-psiko-sosial dan spiritual (Potter & Perry, 2009).

Perawat yang bekerja di garis terdepan harus mampu memenuhi semua kebutuhan manusia termasuk juga kebutuhan spiritual klien. Berbagai cara dilakukan perawat untuk memenuhi kebutuhan klien mulai dari pemenuhan makna dan tujuan spiritual sampai dengan memfasilitasi klien untuk mengekspresikan agama dan keyakinannya. Perawat berupaya membantu memenuhi kebutuhan spiritual klien sebagai bagian dari kebutuhan menyeluruh klien, antara lain dengan memfasilitasi pemenuhan kebutuhan spiritual klien tersebut, walaupun perawat dan klien tidak mempunyai keyakinan spiritual atau keagamaan yang sama (Yusuf, 2016).

Kebutuhan spiritual merupakan kebutuhan dasar manusia yang harus dipenuhi. Kebutuhan spiritual mengandung arti suatu keyakinan pendekatan, harapan dan kepercayaan pada Tuhan serta kebutuhan untuk menjalankan Agama yang dianut, kebutuhan untuk dicintai dan diampuni oleh Tuhan yang seluruhnya dimiliki dan harus dipertahankan oleh seseorang sampai kapanpun agar memperoleh pertolongan, ketenangan, keselamatan, kekuatan, penghiburan serta kesembuhan (Hendrawan, 2009).

Dari hasil wawancara, untuk penanganan masalah spiritual ditangani oleh tim khusus dari rumah sakit namun jadwalnya tidak menentu dan sifatnya situasional. Berdasarkan hasil observasi, di Ruang Camar tidak disediakan alat untuk pemenuhan spiritual pasien seperti buku doa-doa kesembuhan untuk pasien maupun keluarga. Adapun perawat yang bertugas di Ruang Camar dalam melaksanakan tugasnya dan melakukan tindakan tak lupa membaca do'a sebelum melakukan tindakan kepada pasien.

### **Kesimpulan**

1. Untuk penanganan masalah spiritual ditangani oleh tim khusus dari rumah sakit namun jadwalnya tidak menentu dan sifatnya situasional.
2. Di Ruang Camar tidak disediakan alat untuk pemenuhan spiritual pasien seperti buku doa-doa kesembuhan untuk pasien maupun keluarga

### Analisis SWOT

KATEGORI	STRENGTH (kekuatan)	WEAKNESS (Kelemahan)	OPPORTUNITY (Kesempatan)	THREAT (Ancaman)
<b>M3 Method</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Terdapatnya visi misi rumah sakit untuk meningkatkan kualitas pelayanan.</li> <li>2. Model asuhan keperawatan yang digunakan di ruangan Camar RSUD Bhayangkara menggunakan model TIM.</li> <li>3. Pada saat wawancara perawat sudah mengetahui tentang pelaksanaan pre dan post confrence di RSUD Bhayangkara.</li> <li>4. Usia Perawat sangat produktif</li> <li>5. Adanya motivasi dari karu untuk</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Visi misi ruangan belum tersosialisasikan dengan baik</li> <li>2. Standar yang ditetapkan berdasarkan kebijakan rumah sakit dapat berubah sewaktu-waktu</li> <li>3. Kurangnya komitmen dari semua perawat dalam pelaksanaan pre dan post conference</li> <li>4. Pre dan post conference tidak dilakukan sesuai dengan teori atau belum dilakukan</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adanya usaha bidang keperawatan dalam pemberian asuhan keperawatan yang disesuaikan dengan visi misi Rumah Sakit</li> <li>2. Adanya keinginan bidang keperawatan dalam pengembangan standar asuhan keperawatan yang lebih baik</li> <li>3. Pengembangan SOP sesuai dengan kebutuhan rumah sakit</li> <li>4. Adanya mahasiswa profesi ners yang praktik manajemen keperawatan</li> <li>5. Adanya kesempatan untuk mendatangkan nara sumber pakar dari luar atau eksternal tentang</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Makin kritisnya pasien akan pelayanan Kesehatan</li> <li>2. Adanya tuntutan yang lebih tinggi dari masyarakat untuk mendapatkan pelayanan keperawatan yang professional</li> </ol>

	melaksanakan pre dan post conference	<p>secara optimal</p> <p>5. Masih banyak perawat yang belum pernah mengikuti atau terpapar pelatihan tentang MPKP.</p> <p>6. Ka tim dan Perawat Pelaksana tidak pernah terpapar dengan materi pre dan post conference sebelumnya</p>	Pemberian desiminasi ilmu	
--	--------------------------------------	--	---------------------------	--

### Identifikasi Masalah

No	Data	Masalah	Alternatif Penyelesaian Masalah
4	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Berdasarkan hasil wawancara kepada kepala ruangan Camar bahwa pelaksanaan pre dan post conference sangat jarang dilakukan dengan alasan bahwa perawat yang ada di ruangan sangat sibuk dan banyaknya jumlah pasien sehingga setelah overran, perawat langsung menjalankan tugas masing-masing.</li> <li>2. Berdasrkan data observasi selama 2 pekan, perawat di ruang camar tidak pernah melakukan pre dan post conference. Mereka hanya melakukan overran dan lanjut melaksanakan tugas pemberian asuhan keperawatan.</li> <li>3. Berdasarkan hasil observasi kepala ruangan yang dilakukan di Ruang Camar</li> </ol>	<p>Penerapan Metode Proses Keperawatan Profesional (MAKP) belum optimal</p>	<p>Pelatihan/Workshop MPKP</p>

	<p>RS Bhayangkara Makassar, dari tanggal 14 - 27 juni 2021 didapatkan hasil bahwa kepala ruangan tidak pernah melakukan pre dan post conference.</p> <p>4. Berdasarkan hasil observasi Ketua Tim ruangan yang dilakukan di Ruang Camar RS Bhayangkara Makassar, dari tanggal 14 - 27 Juni 2021 didapatkan hasil Ketua Tim tidak pernah melakukan pre dan post conference.</p> <p>5. Berdasarkan hasil observasi perawat pelaksana di Ruang Camar RS Bhayangkara Makassar, dari tanggal 14 - 27 Juni 2021 didapatkan hasil perawat pelaksana tidak pernah melakukan pre dan post conference.</p>		
--	---	--	--

### Perumusan Prioritas Masalah

No	Masalah	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M Skor	N Prioritas
1.	Kekurangan SDM	4	3	3	4	3	3	3	4	3	4	4	3	41	I
2.	Sarana dan Prasarana masih kurang optimal	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	38	II
3.	Pemenuhan spiritual belum maksimal	2	2	1	3	2	3	3	2	4	3	3	5	31	IV
4.	Penerapan Metode Proses Keperawatan Profesional (MAKP) belum sesuai SOP	3	3	4	3	4	3	2	2	5	3	3	2	37	III

#### Keterangan:

1 : Sangat rendah	A : Resiko Terjadi	H : Waktu
2 : Rendah	B : Resiko Parah	I : Dana
3 : Cukup	C : Potensial untuk pelatihan	J : Fasilitas Kesehatan
4 : Tinggi	D : Minat Perawat	K : Sumber daya
5 : Sangat Tinggi	E : Mungkin diatasi	L : Sesuai dengan peran perawat
	F : Sesuai program	M : Skor total
	G : Tempat	N : Urutan Perioritas



### PLANNING OF ACTION

No	Uraian Kegiatan	Tujuan	Sasaran	Metode	Media	Waktu	PJ
1	Pembaharuan struktur organisasi Ruang Camar	Adanya struktur organisasi yang sesuai dengan MAKP dalam bentuk metode keperawatan Tim.	Ruang Camar	Pembuatan struktur organisasi	Print Out	Juni 2021	Manajemen RS
2	Pengusulan antiseptic dan Wastafel	Untuk meningkatkan pengendalian infeksi pasca pandemic Covid-19	Ruang camar	Rekomendaki pengadaan antiseptic dan wastafel	-	Juni 2021	Manajemen RS
3	Pengusulan papan daftar pasien dan kode Bad	Akses informasi bagi pengunjung pasien	Ruang Camar	Pembuatan daftar pasien	Papan informasi	Juni 2021	Manajemen RS
4	Pengusulan poster/banner visi misi Ruang Camar	Visi dan Misi tersosialisasikan	Seluruh elemen terkait (Dokter, perawat, pasien, keluarga pasien, dll)	Diskusi & Konsultasi	Banner	Juni 2021	Manajemen RS

5	Pengadaan buku dan poster terkait panduan ibadah dan doa-doa untuk kesembuhan	Membantu pasien dalam mendekatkan diri pada tuhan dan memenuhi kebutuhan spiritualnya	Pasien dan keluarganya	Pembuatan buku panduan ibadah dan doa-doa ketika sakit	Buku	Juni 2021	Manajemen RS
6	Sosialisasi tentang pemenuhan kebutuhan spiritual.	Memberikan pemahaman kepada perawat dan pasien tentang pentingnya pemenuhan kebutuhan spiritual.	Perawat dan pasien di ruangan camar	Sosialisasi	Leaflet/poster	Juni 2021	Mahasiswa
7	Mengajukan permohonan kebutuhan tenaga perawat	Kebutuhan tenaga perawat terpenuhi	Manajemen Rumah Sakit	Rekomendasi	-	Ditentukan kemudian	Kepala Ruangan
8	Pelaksanaan WORKSHOP MAKP	Penerapan Metode Proses Keperawatan Profesional dapat maksimal	Perawat ruangan RS Bayangkara	Webinar dan role play	Zoom dan Skenario	30 juni	Mahasiswa

## **BAV IV**

### **PEMBAHASAN**

#### **A. Analisis kasus**

Perawatan spiritual adalah tindakan keperawatan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan spiritual pasien. Gusnia., (2013) menyatakan bahwa pelayanan spiritual tidak hanya menyangkut orang berdoa atau tidak berdoa, tetapi juga bagaimana seseorang itu bisa memaknai setiap peristiwa hidup yang dialami, dan bagaimana seseorang bisa membawa diri, berarti dan bermakna dalam hidupnya.

Pengkajian manajemen keperawatan dilakukan selama 2 pekan mulai pada tanggal 21 Juni – 03 Juli 2021 di Ruang perawatan Kamar RS Bhayangkara Makassar. Pengkajian dilakukan dengan melakukan survei awal dan pengumpulan data melalui hasil observasi dan wawancara. Pengkajian dilakukan pada kepala ruangan dan perawat di Ruang perawatan Kamar RS Bhayangkara Makassar yang berkaitan dengan spiritual. Berdasarkan teori, data hasil pengkajian melalui observasi dan wawancara. Karena bertujuan untuk memperkuat data sehingga tidak ada perbedaan yang signifikan antara data hasil pengkajian observasi dan wawancara. Berdasarkan dari hasil pengkajian observasi dan wawancara terkait spiritual di ruang perawatan Kamar RS Bhayangkara Makassar menunjukkan bahwa pemenuhan kebutuhan spiritual belum terpenuhi secara optimal contohnya tidak tersedianya poster doa-doa ataupun buku doa-doa keagamaan di ruangan pasien, selain itu selama bertugas di ruangan tersebut ada beberapa pasien tidak pernah diperdengarkan lantunan ayat suci Al' Quran. Atau Murottal Dimana kita ketahui bahwa pemenuhan kebutuhan spiritual pada pasien adalah bagian dari pelayanan keperawatan secara holistik. Maka dengan dasar itu kami memberikan intervensi dengan pembuatan buku doa-doa dan juga mensosialisasikan aplikasi SINC, tetapi setelah dilakukan sosialisasi aplikasi SINC dan pemberian murottal ada perubahan pada pasien dan keluarga pasien dimana pasien sering mendengarkan lantunan ayat suci al-Quran sehingga dapat disimpulkan bahwa terdapat perubahan pada ke 3 pasien yang telah diberikan sosialisasi dan pemberian terapi murottal. Respon ke 3 pasien dan keluarganya mengatakan bahwa sangat bermanfaat setelah mengetahui aplikasi SINC dimana dalam aplikasi SINC terdapat beberapa materi yang dapat memenuhi kebutuhan

spiritual pasien kebutuhan pasien terutama dalam mendengarkan mendengarkan lantunan ayat suci AlQuran.

## **B. Analisis intervensi**

Berdasarkan masalah diatas terkait pemenuhan kebutuhan spiritual yang belum optimal di ruang perawatan Kamar RS Bhayangkara Makassar maka dilakukan intervensi dengan sosialisasi dan pemberian terapi murottal dan juga pembuatan buku doa-doa. dimana setelah dilakukan sosialisasi dan terapi murottal pada pasien dan keluarga pasien hasil evaluasi yang didapatkan pada bagian sosialisasi yaitu pasien dan keluarga pasien sangat tertarik dengan isi dan konten dari aplikasi tersebut, dimana aplikasi SINC (*Spiritual islamic nursing care*) ini merupakan aplikasi penuntun pasien muslim untuk beribadah, yang didalamnya terdapat fitur antara lain Dzikir, panduan sholat, arah kiblat, murottal, tharah dan doa doa setiap hari. selain itu dalam memenuhi kebutuhan spiritual pada pasien dengan semua agama yaitu dengan membuat buku doa doa seluruh agama.

Perawat mengatakan akan mengaplikasikan aplikasi SINC ini untuk pemenuhan kebutuhan spiritual pada pasien dan pada bagian terapi murottal hasil evaluasinya yang didapatkan yaitu setelah diberikan terapi murottal di ruang perawatan Kamar RS Bhayangkara Makassar, dimana dilakukan terapi murottal, keluarga dan pasien terharu dan merasa dirinya lebih diperhatikan baik secara psikologis maupun spiritual dengan intervensi yang diberikan. kemudian. Klien mengatakan setelah mendengar terapi murottal klien merasa lebih nyaman dan merasa lebih dekat dengan Allah. Penelitian ini sejalan dengan penelitian ini sejalan dengan penelitian penurunan tingkat kecemasan dan gula darah pada penderita DM tipe 2 melalui spiritual mindfulness based on benson relaxation. Bahwa berdasarkan hasil penelitian perhatian spiritual berdasarkan benson relaksasi membantu pasien meningkatkan fokus mereka pada kondisi saat ini tanpa upaya untuk menyalahkan diri sendiri, orang lain dan lingkungan sehingga pasien lebih nyaman dan merasa tenang. Intervensi ini mempengaruhi pengurangan kecemasan, rata-rata gula darah pasien DM tipe 2. Penelitian selanjutnya sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Hermin Husaeni 1 (2020) tentang aspek spiritual dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien. Berdasarkan hasil penelitian terdapat hubungan penerapan aspek spiritualitas perawat dengan pemenuhan kebutuhan spiritualitas terhadap

pasien yang dirawat inap.

Muhammad Sayyid Thanthawi mengatakan: (Pendapat) yang menenangkan jiwa adalah bahwa membaca Al Qur an Al Karim dan mengamalkan hidayah, petunjuk dan syari at yang ada di dalamnya semuanya dengan izin Allah SWT dapat menjadi penyembuh bagi penyakit-penyakit hati dan jasmani.” (Thanthawi, 2007). Allah berfirman dalam QS Yunus/10:5

يَا أَيُّهَا النَّاسُ قَدْ جَاءَكُمْ مَوْعِظَةٌ مِنْ رَبِّكُمْ وَشِفَاءٌ لِمَا فِي الصُّدُورِ وَهُدًى  
وَرَحْمَةٌ لِّلْمُؤْمِنِينَ

Terjemahannya :

*Wahai manusia! Sungguh, telah datang kepadamu pelajaran Al-Qur'an) dari Tuhanmu, penyembuh bagi penyakit yang ada dalam dada dan petunjuk serta rahmat bagi orang yang beriman.*

Tafsir ringkas kemenag

Manusia diingatkan: Wahai manusia! Sungguh, telah datang kepadamu pelajaran berupa Kitab Suci Al-Qur'an dari Tuhanmu, obat penyembuh bagi penyakit yang ada dalam dada, yakni dalam hati manusia, seperti iri hati, dengki, dan lain-lain, dan petunjuk menuju kebenaran serta rahmat yang besar bagi orang yang benar benar beriman. (kemenag, 2020)

Ibn Mas ud r.a, yang memberitakan bahwa ada seseorang yang datang kepada Nabi Saw, mengeluhkan dadanya, maka Rasulullah Saw., bersabda hendaklah engkau membaca Al Quran. Riwayat dengan makna serupa dikemukakan juga oleh al Baihahi melalui Wai lah Ibn al-Ashqa Tanpa mengurangi penghormatan terhadap Al-Quran dan hadits hadits Nabi Saw.,riwayat ini bila benar, yang dimaksud bukan penyakit jasmani,tetapi ia adalah penyakit ruhani/jiwa yang berdampak pada jasmani. Ia adalah psikosomatik.Tidak jarang seseorang merasa sesak atau dada bagaikan tertekang karena adanya ketidakseimbangan ruhani. Jika Al-Quran disifati sebagai rahmat untuk orang-orang mukmin, maknanya adalah limpahan karunia kebajikan dan keberkahan yang disediakan Allah bagi mereka yang menghayati dan megamalkan nilai-nilai Al-Quran.Ayat ini membatasi rahmat Al-Quran untuk orang-orang mukmin karena mereka yang paling berhak menerimanya sekaligus paling banyak memperolehnya.Akan tetapi, ini bukan berarti bahwa selain mereka tidak memperoleh walau secercah

dari rahmat akibat kehadiran Al-Quran. Perolehan mereka yang sekedar beriman tanpa kemantapan jelas lebih sedikit dari perolehan orang mukmin, dan perolehan orang kafir atas kehadirannya lebih sedikit lagi dibandingkan orang-orang sekedar beriman.

### **C. Alternatif pemecahan masalah**

Berdasarkan masalah diatas terdapat permasalahan belum optimal penerapan spiritual dengan pemecahan masalah adalah memperkenalkan atau sosialisasi aplikasi SINC (Spiritual Islam Nursing Care) dan pemberian terapi murottal dan juga memfasilitasi buku doa doa untuk semua agama untuk pemenuhan kebutuhan spiritual pasien diruang perawatan Kamar RS Bhayangkara Makassar. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Eka Putri (2020) tentang hubungan dukungan keluarga dan kebutuhan spiritual dengan tingkat kecemasan pasien gagal ginjal kronik dalam menjalani terapi hemodialisis di RSUD Bangkinang. Bahwa berdasarkan hasil uji chi-square didapatkan ada hubungan yang bermakna antara dukungan keluarga dan kebutuhan spiritual dengan tingkat kecemasan pasien gagal ginjal kronis dalam menjalani terapi hemodialisis di RSUD Bangkinang. Penelitian ini sejalan dengan penelitian Achmad Amiruddin (2020) tentang penerapan aspek spiritual dengan pemenuhan kebutuhan spiritual pada pasien dengan hasil terdapat hubungan penerapan aspek spiritual perawat dengan pemenuhan kebutuhan spiritualitas terhadap pasien yang dirawat inap.

## BAB V

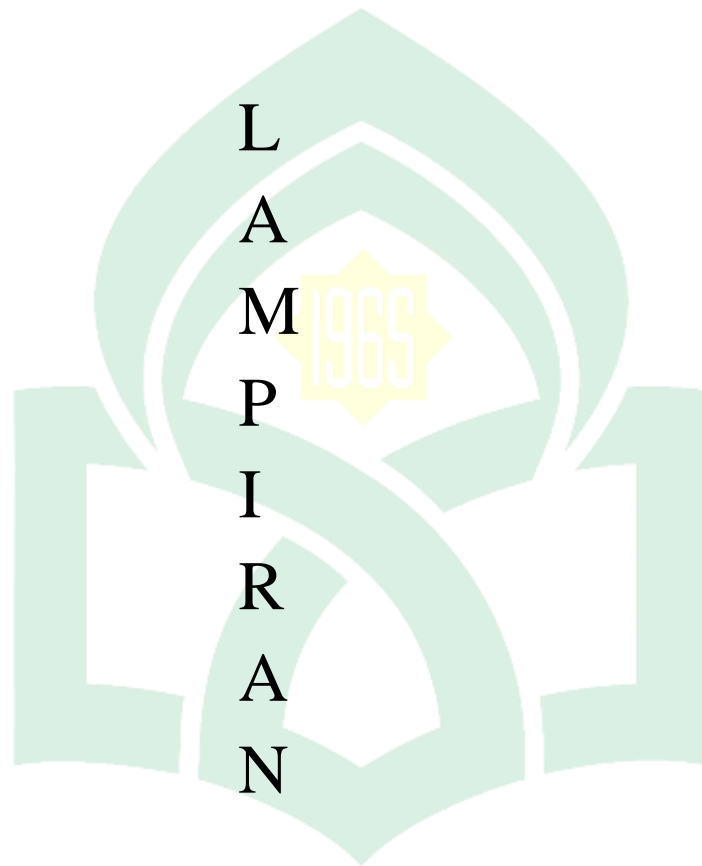
### KESIMPULAN

#### A. Kesimpulan

Ada pengaruh dalam pemebrian sosialisasi aplikasi SINC dan terapi murottal dimana setelah dilakukan sosialisasi aplikasi SINC diruang perawatan ICU RSUD Labuang Baji Makassar, dimana dilakukan sosialisasi aplikasi SINC kepada perawat, pasien serta keluarga pasien dimana setelah sosialisasi perawat dan keluarga pasien sangat tertarik dengan konten atau isis aolikasi dan juga mengapresiasi atas sosialisasi aplikasi tersebut. perawat mengatakan akan menggunakan aplikasi SINC ini untuk pemenuhan kebutuhan spiritual pada pasien dan Setelah diberikan terapi murottal dan juga penyediaan buku doa doa agama diruang perawatan Camar RS Bhayangkara Makassar, dimana dilakukan terapi murottal keluarga dan pasien merasa lebih nyaman dan merasa dirinya lebih diperhatikan dan difasilitasi baik secara psikologis maupun spiritual. Klien mengatakan setelah mendengar terapi murottal klien merasa lebih nyaman dan merasa lebih dekat dengan Allah.

#### B. Saran

Semoga pemenuhan kebutuhan spiritual kedepanya dapat lebih baik dan optimal sehingga pasien dalam kondisi apapun bahkan ketika dengan kondisi sakit yang justru menjadi sebuah momentum untuk bermuhasabah dan intropeksi diri guna lebih mendekatkan diri kepada sang pencipta.



UNIVERSITAS ISLAM NEGERI  
**ALAUDDIN**  
M A K A S S A R



## DAFTAR PUSTAKA

- Al-Qur'an dan Terjemahnya. Kementrian Agama RI.
- Aditama. 2015. *Manajemen Administrasi Rumah Sakit*. Jakarta: IV Press.
- Afrinah, Renada Tika & Muhammad Ali Sodik. (2012). *Pengaruh Sarana Prasarana Dan Kualitas Pelayanan Terhadap Kepuasan Pasien*. ILK STRADA INDONESIA.
- Asmadi. 2015. *Konsep Dasar keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Asmuji. 2013. *Manajemen Keperawatan*. Yogyakarta : Ar Ruzz Media.
- Atiek, Mita. 2015. *Hubungan Tingkat Pengetahuan Perawat Dengan Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Muslim Pada Pasien Di Ruang Icu Dan Iccu Rsud Dr. Soedirman Kebumen*. Skripsi. Program Studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Muhammadiyah Gombong.
- Francois, M. J., & Obisike, E. E. 2016. Accelerating the National Implementation of Electronic Health Records in Canada. *European Scientific Journal*, ESJ, 12(15), 65. <https://doi.org/10.19044/esj.2016.v12n15p65>
- Hafid, M. A. 2014. *Hubungan kinerja perawat terhadap tingkat kepuasan pasien pengguna yankestis dalam pelayanan keperawatan di rsud syech yusuf kab.gowa*. *Jurnal Kesehatan*.
- Hamid, A.Y. 2014. *Buku Ajar Aspek Spiritual Dalam Keperawatan*. Jakarta: EG
- Ilhamsya, Dkk, 2013. *Hubungan Pelaksanaan Keperawatan Spritual Terhadap Kepuasan Spritual Pasien Di Rumah Sakit Ibnu Sina Makassar*.
- Kurniadi, A. (2013). *Manajemen keperawatan dan prospektifnya : Teori, konsep, dan aplikasi*. Badan Penerbit : Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Mailani, F., Setiawan & Siregar, C. T., 2017. *Pengalaman Spiritualitas pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis*. *Jurnal FK USU*, 3(1), pp. 11-17
- Muzaki, Ahmad, Fitri Arofiati. 2019. *Studi Literatur: Pengkajian Spiritual DiIntensive Care Unit (ICU)*. *Dinamika Kesehatan Jurnal Kebidanan dan Keperawatan*. Vol.10 No.1 Juli 2019 (ISSN: 2086-3454, EISSN: 2549-4058)
- Suarli dan Bahtiar, Yanyan. 2013. *Manajemen Keperawatan*. Jakarta: Erlangga
- Utami, Y. W. & Supratman. 2015. *Hubungan antara pengetahuan dengan sikap perawat dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien di BRSUD Sukoharjo*, *Berita Ilmu Keperawatan* ISSN, 2(2), pp. 69– 74
- Wahyuni, Firda, Ayu. 2014. *Hubungan Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Dengan*

*Motivasi Kesembuhan Pasien Rawat Inap Dengan Motivasi Kesembuhan Pasien Rawat Inap Di Ruamah Sakit Ibnu Sina YW-Umi Makassar. Jurnal kesehatan. Volume 5*

Wardhani, Dian Puspita. 2017. *Pengalaman Perawat Dalam Pemenuhan Kebutuhan*

*Spiritual Islam Pada Pasien Di Intensive Care Unit (ICU). Skripsi : Universitas Diponegoro Semarang*

Wulandari, V. L. 2016. *Hubungan Antara Kecerdasan Spiritual Perawat dengan*

*Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pasien di Ruang Perawatan Intensif 69 RSUD Dr. Moewardi. 1–73*

Wulan, Kencana. 2011. *Pengantar Etik Keperawatan. Jakarta: Prestasi Pusta Karya.*

Young, C., Koopsen, C. 2007. *Spiritualitas, Kesehatan, dan Penyembuhan. Medan: ina Perintis.*

Shihab, M. Quraish. 2002. *Tafsir Al- Mishbah Pesan ,Kesan dan Keserasian AlQur'an. Volume 6. Jakarta: Lentera Hati.*

Shihab, M. Quraish. 2002. *Tafsir Al- Mishbah Pesan ,Kesan dan Keserasian AlQur'an. Volume 7. Jakarta: Lentera Hati.*

Hardianto. 2017. *Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pasien Di Ruang Icu Rumah Sakit Umum Daerah Haji Makassar. Skripsi Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar*

Hendrisman, Sumengen Sutomo, Arnawilis, Budi Hartono dan Lita.2021. *Analisis*

*Manajemen Pemeliharaan Sarana dan Prasarana di Rumah Sakit Umum Daerah Rokan Hulu Maintenance. Jurnal Kesehatan Komunitas, Vol. 7*

Khasanaha, Riska Nurul dkk. 2020. *Dukungan Spiritual pada Keluarga dan Pasien Kritis yang dirawat Di Intensive Care Unit : Sistematis Review. Jurnal. Jurna*

Rasmita, Dina. 2009. *Karakteristik Pemenuhan Kebutuhan Spiritualitas pada Pasien yang Dirawat di Ruang ICU Rumah Sakit Umum Pusat Haji Adam Malik Medan. Skripsi Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara. Medan*

## DAFTAR RIWAYAT HIDUP



**Asran Amir**, Lahir di Pattongko, Kabupaten Sinjai pada tanggal 20 Mei 1997, Merupakan anak pertama dari pasangan Bapak Amiruddin dan Ibu Samawati. Mulai menempuh pendidikan formal pada jenjang pendidikan Sekolah Dasar di **SDN 37 Bua** pada tahun 2003 dan tamat pada tahun 2009, kemudian pada tahun yang sama melanjutkan pendidikan Menengah pertama di **SMP Negeri 3 Sinjai Timur** di Sinjai dan tamat pada tahun 2012, kemudian penulis melanjutkan pendidikan menengah atas di **SMK Kesehatan Aurera Turatea** di Sinjai pada tahun 2012 selesai pada tahun 2015. Penulis terdaftar sebagai mahasiswa **Keperawatan Fakultas Kedokteran Dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar** pada tahun 2015 lulus melalui jalur UMPTKIN. Pada tahun 2020 penulis menyelesaikan studi Strata 1 (S1) Keperawatan dan tahun 2020 penulis terdaftar sebagai mahasiswa program Profesi Ners angkatan XVII dan selesai pada Tahun 2021

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI  
**ALAUDDIN**  
M A K A S S A R

## TURNITIN KE TIGA TUGAS AKHIR ASRAN AMIR

### ORIGINALITY REPORT

<b>16%</b>	<b>16%</b>	<b>1%</b>	<b>3%</b>
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

### PRIMARY SOURCES

1	<a href="https://repository.uin-alaudidin.ac.id">repository.uin-alaudidin.ac.id</a> Internet Source	3%
2	<a href="https://www.scribd.com">www.scribd.com</a> Internet Source	3%
3	<a href="https://docobook.com">docobook.com</a> Internet Source	2%
4	<a href="https://text-id.123dok.com">text-id.123dok.com</a> Internet Source	2%
5	<a href="https://repo.stikesperintis.ac.id">repo.stikesperintis.ac.id</a> Internet Source	1%
6	<a href="https://eprints.undip.ac.id">eprints.undip.ac.id</a> Internet Source	1%
7	<a href="https://zombiedoc.com">zombiedoc.com</a> Internet Source	1%
8	<a href="https://ejournal.poltekkes-smg.ac.id">ejournal.poltekkes-smg.ac.id</a> Internet Source	1%
9	<a href="https://nursingblogs.wordpress.com">nursingblogs.wordpress.com</a> Internet Source	1%

10	<a href="https://www.ejournalwiraraja.com">www.ejournalwiraraja.com</a> Internet Source	1%
11	<a href="https://es.scribd.com">es.scribd.com</a> Internet Source	1%

Exclude quotes On  
Exclude bibliography Off

Exclude matches < 1%